

РУКОВОДСТВО ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

РУКОВОДСТВО ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Под редакцией
академика АМН СССР
Г. В. Морозова



Москва · Медицина · 1977

УДК 340.63

Руководство по судебной психиатрии. Под ред. Г. В. МОРОЗОВА. М., «Медицина», 1977, 400 с.

В руководстве освещены общетеоретические и организационные вопросы судебной психиатрии: учение о невменяемости и недееспособности, методологические и клинические принципы, лежащие в его основе, организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы обвиняемых, свидетелей и потерпевших, а также вопросы предупреждения общественно опасных действий психически больных. Большое внимание уделено особенностям судебно-психиатрической клиники и судебно-психиатрической оценке отдельных форм психических болезней: шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, травм и сосудистых заболеваний головного мозга, олигофрении, психопатий, симптоматических психозов, реактивных состояний и др. Приведены клинические критерии судебно-психиатрических оценок применительно к нормам невменяемости и недееспособности. Изложены особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

Руководство рассчитано на психиатров.

Библиография содержит 356 названий.



Р $\frac{51700-295}{039(01)-77}$ 107—77

Оглавление

Раздел первый

Общетеоретические и организационные вопросы судебной психиатрии

Раздел второй

Неврологические и лабораторные методы исследования в судебно-психиатрической клинике

Раздел третий

Частная судебная психиатрия (клиника и судебно-психиатрическое значение психических заболеваний)

ИБ № 702

Руководство по судебной психиатрии

Редактор **В. Д. Москаленко**

Художественный редактор **Л. С. Бирюкова** Корректор **Т. А. Кузьмина**
Технический редактор **Н. К. Петрова** Переплет художника **Г. И. Мануйлова**

Сдано в набор 2/III 1977 г. Подписано к печати 30/VI 1977 г. Формат бумаги 60×84 1/16=25,0 печ. л. (условных 23,25 л.) 26,58 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2 Тираж 10 000 экз. Т02242 МН-77 Цена 2 р. 00 к.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8
Заказ № 1565. Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 113105, Нагатинская, 1.

Раздел первый

Общетеоретические и организационные вопросы судебной психиатрии

Глава 1

Предмет и задачи судебной психиатрии

Судебная психиатрия является отраслью психиатрии, изучающей различные психические расстройства в связи с вопросами уголовного и гражданского права, уголовного и гражданского процесса. Судебные психиатры — эксперты, оценивая психическое состояние обвиняемых, потерпевших и свидетелей в уголовном процессе или истцов и ответчиков в гражданском, должны не только констатировать психическое заболевание, но и правильно его диагностировать и лечить. При решении вопроса о вменяемости эксперт должен установить возможность обвиняемого отдавать отчет в своих действиях и руководить ими в момент совершения правонарушения. При психиатрическом освидетельствовании свидетелей и потерпевших эксперты оценивают их способность правильно воспринимать происходящие события и давать о них показания. В гражданском процессе при установлении дееспособности эксперт должен ответить на вопрос о том, может ли свидетельствуемый руководить своими действиями. При экспертизе подследственных и осужденных устанавливается их возможность предстать перед судом и отбывать наказание. Такое разнообразие, сложность и ответственность задач, стоящих перед судебными психиатрами, требует от них особой методологической четкости.

Судебная психиатрия сформировалась в месте соприкосновения медицинских, правовых и философских наук. Судебная психиатрия неотделима от общей психиатрии, но имеет свои особенности. В рамках советского здравоохранения судебная психиатрия служит советскому правосудию и содействует укреплению социалистического правопорядка и законности. Используя все достижения общей психиатрии, судебно-психиатрическая экспертиза помогает

следствию и суду претворять в жизнь гуманность советского закона, согласно которому общественно опасные действия психически больного не расцениваются как преступление, а совершивший такие поступки психически больной не считается преступником. С другой стороны, экспертиза помогает суду не дать правонарушителю уклониться от заслуженного наказания, если он совершил преступление будучи психически здоровым.

Внимание советского здравоохранения и органов правосудия к защите прав психически больных, совершивших общественно опасные действия, соблюдение правовых гарантий личности уже в первые годы Советской власти отразились в организации специального Института судебно-психиатрической экспертизы (1921). В настоящее время этот институт — Центральный ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского — является научно-методическим центром судебной психиатрии нашей страны.

Советская судебная психиатрия всегда опиралась на материалистические клинические принципы, заложенные передовыми русскими психиатрами В. Х. Кандинским, С. С. Корсаковым, В. П. Сербским и др., и использовала научные достижения отечественной и зарубежной психиатрии. На основе достижений общей психиатрии и обобщения опыта судебно-психиатрической экспертизы были разработаны основные принципы и критерии судебно-психиатрической оценки психических расстройств, изучена клиника тех заболеваний, которые наиболее часто встречаются в судебно-психиатрической практике.

Советские специалисты в области судебной психиатрии изучали и продолжают изучать организационные и методические вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения психически больных. На основании этих исследований выработаны соответствующие законодательные акты и инструктивные материалы.

Научные работы в области судебной психиатрии позволяют по-новому осветить целый ряд вопросов клинической психиатрии, понять характер ряда болезненных расстройств и способствуют улучшению психиатрической помощи.

Работа судебных психиатров по сравнению с психиатрами общего профиля имеет определенные отличия, о которых необходимо постоянно помнить. При экспертизе, как правило, приходится иметь дело с обследуемыми, психическое состояние и анамнез жизни которых имеют ряд особенностей. Судебные психиатры должны не только диагностировать психическое расстройство, но и определить его тяжесть. Судебными психиатрами могут быть только врачи, обладающие большим клиническим опытом. Они

должны хорошо знать общую психиатрию и ориентироваться в правовых вопросах. Такая разносторонняя подготовка позволяет проводить обоснованную диагностику и правильно строить выводы, излагаемые в судебно-психиатрическом заключении (акт судебно-психиатрической экспертизы).

Вынесение судебно-психиатрического заключения — дело чрезвычайно ответственное и сложное. Далеко не все лица, прошедшие судебно-психиатрическую экспертизу, являются психически больными и невменяемыми, но это не значит, что они были направлены на освидетельствование необоснованно. Среди признанных вменяемыми немало лиц с различными невыраженными психическими отклонениями. Эти случаи представляют значительные трудности при дифференциальной диагностике и оценке тяжести. Особенно большие затруднения возникают при дифференциальной диагностике психопатий и шизофрении, установлении тяжести олигофрении, а также при отграничении простого алкогольного опьянения от патологического.

Экспертам-психиатрам часто приходится иметь дело со «стертыми», внешне нерезко выраженными формами психических заболеваний, с последствиями перенесенных психозов. Обычно такие больные остаются «в жизни», имеют семью, работают на производстве и т. д. В последние годы число таких больных увеличилось в связи с применением эффективных средств лечения (нейролептики, тимолептики и др.).

Судебный психиатр нередко встречается с лицами, которые ранее никогда не обращались за психиатрической помощью, и психическое заболевание у них констатируется впервые при судебно-психиатрической экспертизе.

Возможно и возникновение психогенных расстройств в условиях сложной психотравмирующей ситуации следствия и суда. В этом случае иногда развиваются реактивные психозы у прежде психически здоровых людей или появляются психогенные «наслоения» у лиц с теми или иными психическими страданиями. Некоторые психически больные могут особенно болезненно реагировать на судебную ситуацию, и клиническая картина основного психического заболевания значительно усложняется и видоизменяется, на первое место выступают симптомы и синдромы, свойственные реактивным состояниям. Диагностика и экспертная оценка в таких случаях чрезвычайно затруднены.

В экспертной практике так называемый объективный анамнез со слов родственников, может быть излишне «субъективным», так как родственники могут неточно излагать отдельные факты жизни обследуемого, сознательно или без умысла «психопатизируя» анамнез. Оценивать такие сведения и сопоставлять их с

материалами уголовного или гражданского дела нужно очень осторожно.

Иногда психически больные обследуемые пытаются симулировать другое психическое заболевание, о котором они слышали или читали. При этом возникает опасность, что существующее психическое заболевание, сделавшее обследуемого невменяемым, может остаться нераспознанным. Однако возможна и симуляция психического заболевания психически здоровыми людьми. Известны случаи так называемой превентивной симуляции, когда преступники, готовясь к правонарушению, предъявляли жалобы, свойственные той или иной психической болезни (чаще шизофрении), и госпитализировались в психиатрические больницы, надеясь в дальнейшем избежать уголовной ответственности.

Нередко психически больные пытаются диссимулировать свое заболевание, стремясь доказать, что они совершенно здоровы и диагноз психической болезни является врачебной ошибкой. Это особенно часто встречается при паранойяльных и параноидных синдромах. Признанные невменяемыми лица пишут жалобы в судебно-следственные органы, требуют повторной экспертизы, так как считают себя здоровыми и не согласны с заключением экспертной комиссии.

Перечисленным не исчерпываются все особенности и трудности, с которыми сталкиваются судебные психиатры, когда они дают судебно-психиатрическое заключение. Основным методом обследования психически больных остается клинический, ведущим является четкий и обоснованный психопатологический анализ состояния обследуемого. Клиническое наблюдение сочетают с лабораторными методами. Не следует переоценивать лабораторные данные, но результаты биохимических, электрофизиологических и патопсихологических исследований способствуют правильной диагностике. Все полученные факты, уточняющие природу и характер того или иного психического расстройства, облегчают судебно-психиатрическую оценку.

Судебные психиатры должны широко использовать терапевтические средства, применяемые в общей психиатрии. Лечебные мероприятия во время экспертизы оправданы рядом обстоятельств. С одной стороны, большое значение для терапевтической эффективности имеет своевременное начало лечения. С другой стороны, при лечении психически больного последовательность исчезновения или видоизменения болезненных симптомов можно с успехом использовать для распознавания болезни и ее судебно-психиатрической оценки. Прежние опасения «исказить» клиническую картину и затруднить экспертную оценку проводимым во время экспертизы лечением опровергнуты многолетним опытом Института

судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Лечение—это неотъемлемая часть экспертизы.

Говоря о задачах судебной психиатрии, необходимо отметить, что в этой области знаний остались вопросы, дальнейшая разработка и уточнение которых требуют больших усилий, например дальнейшая теоретическая и практическая разработка критериев невменяемости при различных психических расстройствах. Необходимы тщательный анализ и обоснование экспертного подхода к таким сложным клиническим проблемам, как ремиссии при шизофрении, психопатии и психопатоподобные состояния различного происхождения. Целесообразно дальнейшее изучение клиники, патогенеза, экспертной оценки и лечения различных психогенных расстройств.

В связи с возросшим значением судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе нужно продолжать разработку и уточнение критериев дее- и недееспособности. Особого внимания заслуживает ряд социальных вопросов, связанных с этими понятиями (например, допустимость воспитания психически больными своих детей и др.). Необходимость разрешения этих проблем диктуется широким развитием реабилитационных мероприятий в отношении психически больных, а программа реабилитации должна предусматривать их четкое правовое положение.

Одной из задач теории судебной психиатрии будет выработка законодательства о психически больных. Фундамент для такой работы уже заложен в Основах законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении, принятых Верховным Советом СССР в 1968 г.

Судебные психиатры должны уделять самое пристальное внимание профилактике общественно опасных действий психически больных. Принудительное лечение — один из основных методов профилактики общественно опасных действий психически больных. Важно найти новые пути принудительного лечения с расширением реабилитационных и реадаптационных мероприятий в рамках проводимой терапии. Следует разработать клинические показания к каждой форме принудительного лечения. Предупреждение повторных общественно опасных действий непосредственно связано с разработкой и уточнением критериев к отмене принудительного лечения. Необходим дальнейший углубленный научный анализ этих вопросов.

Лица, выписывающиеся после принудительного лечения, должны поступать под наблюдение врачей психоневрологических диспансеров и других медицинских учреждений там, куда эти больные прибывают на жительство. По предложению Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского Пленум Всероссийского

научного общества невропатологов и психиатров принял решение о специальном учете лиц, прибывающих после принудительного лечения. Это дало возможность организовать своевременное наблюдение за ними и осуществлять их повторную госпитализацию при рецидиве или обострении болезни. Опыт последних лет свидетельствует об успешности такой работы, особенно в тех случаях, когда диспансерам удается наладить повседневный контакт с местными общественными и административными организациями (опекунский совет, комиссия по делам несовершеннолетних при исполкомах Советов депутатов трудящихся, милиция и др.).

Одним из перспективных направлений в судебной психиатрии должно стать проведение психопрофилактических мероприятий в отношении осужденных, в особенности тех, кто, будучи ответственным за свои действия, обнаруживает различные психические отклонения (лица, страдающие психопатией, остаточными явлениями различных органических поражений мозга, олигофренией и др.).

Дальнейшая углубленная разработка клинических, общетеоретических и организационно-методических вопросов судебной психиатрии немыслима без принципиальной критики методологически неверных зарубежных концепций в области общей и судебной психиатрии.

В зарубежных судебно-психиатрических теориях преобладают идеалистические взгляды, биологизация психической деятельности и утверждение якобы неразрешимых противоречий между психиатрами и юристами в объяснении поведения человека, в том числе и преступного поведения. Многие современные представители западноевропейской и американской судебной психиатрии оживляют концепции свободной воли, так называемого индетерминизма, в связи с влиянием на психиатрию экзистенциализма, неотомизма и других модных философских учений и их эклектическим сочетанием с неоломброзианством и неофрейдизмом в криминальной психопатологии. Для них свойственно необоснованное приложение психиатрии к проблеме преступности непсихически больных. Особое внимание в плане разоблачения лженаучной и антигуманной сущности должно привлечь широко рекламируемое на Западе антипсихиатрическое течение в психиатрии, отрицающее необходимость лечения психически больных, изучение психических болезней и рассматривающее с псевдореволюционных, анархических позиций психические расстройства как выражение «протеста личности» против существующего общественного порядка.

Судебные психиатры должны постоянно уделять внимание теоретическим вопросам судебной психиатрии, активно преодолевать влияние различных методологически неверных концепций с пози-

ций научно-материалистической теории. Важнейшей предпосылкой для этого являются дальнейшее всестороннее комплексное клинико-лабораторное катамнестическое изучение психических расстройств применительно к задачам судебно-психиатрической экспертизы и обобщение полученных данных.

Все вопросы судебной психиатрии должны решаться в непосредственной связи с требованиями экспертной практики, что соответствует основным задачам советского здравоохранения в этой области: профилактика общественно опасных действий душевнобольных, ранняя диагностика психических заболеваний, улучшение организации и осуществления принудительного лечения, включая реабилитацию.

Глава 2

Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы

Назначение судебно-психиатрической экспертизы

Согласно советскому законодательству, проведение судебно-психиатрической экспертизы обязательно в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу психического здоровья обвиняемого, потерпевшего или свидетеля в уголовном процессе, истца или ответчика в гражданском процессе. В соответствии с уголовным и гражданским процессуальным законодательством и Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. судебно-психиатрическая экспертиза производится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, по определению суда и определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела (п. 4 Инструкции).

Ходатайствовать об экспертизе могут сам обвиняемый, потерпевший, их родственники, в судебном заседании — прокурор и защитник с момента его участия в уголовном и гражданском процессе. В последнем случае имеют право ходатайствовать о назначении экспертизы также истцы и ответчики.

В большинстве случаев обследуемыми являются лица, привлекаемые к уголовной ответственности или подозреваемые в совершении преступления. Свидетели, потерпевшие, истцы и ответчики составляют лишь относительно небольшой процент общего числа обследуемых.

Основанием для сомнения в психической полноценности обвиняемого является его пребывание в прошлом на лечении в психиатрических больницах или то, что он состоит на учете у районного психиатра. Такое же значение имеют и заключения трудовой и военно-психиатрической экспертизы об инвалидности или негодности к военной службе по состоянию психического здоровья.

Принимают во внимание и перенесенные в прошлом заболевания головного мозга, например энцефалит, и травмы черепа, если они сопровождались психическими расстройствами или привели к ухудшению успеваемости в учебе или нарушениям трудоспособности. Основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы могут служить заявления родственников и опекунов обвиняемого о его психическом неблагополучии, если эти заявления подкрепляются медицинским документом или содержат заслуживающие внимания доводы. Такое же значение имеют заявления от соответствующих общественных организаций, характеристики и отзывы учреждений с указаниями на психическую неполноценность данного лица. Сомнения в психической полноценности обвиняемого, предположения о его психическом заболевании могут высказывать по собственной инициативе и свидетели по делу. В этом случае их показания обязательно уточняют, конкретизируют и стараются получить сведения о психическом состоянии обвиняемого у его родственников и других свидетелей.

Наконец, жалобы на психическое расстройство и ходатайство о назначении судебно-психиатрической экспертизы и о том, чтобы запросили соответствующую медицинскую документацию, могут исходить от самого обвиняемого. Это часто указывает на сознательное поведение вменяемого лица, однако в некоторых случаях и психически больные после привлечения их к ответственности сообщают о своем пребывании в психиатрических больницах и требуют психиатрического освидетельствования. В этом случае можно говорить о частичном учете некоторыми психически больными реальной ситуации, о наличии у них защитных тенденций и о привычном стремлении прибегать к помощи психиатра, к которому они всегда обращаются в трудных ситуациях.

Странности в поведении обвиняемого еще до привлечения его к ответственности в семье, в быту, на производстве также должны вызывать сомнения в психической полноценности обвиняемого. Необычность правонарушения, отсутствие мотивов или чрезмерная демонстративность заставляют подозревать психическое расстройство и могут являться его первыми признаками («инициальный деликт», по Stransky).

Вместе с тем нужно помнить, что иногда неболезненные по своей природе антисоциальные формы поведения могут казаться

странными, причудливыми, лишенными понятных мотивов, могут вызывать сомнение в психической полноценности обвиняемого, хотя сами по себе отнюдь не являются доказательством болезненных расстройств психики. То же относится и к особой жестокости, проявляемой иногда преступниками при совершении преступления.

Основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы является неправильное поведение обвиняемого на допросах и в камере следственного изолятора или на судебном заседании. Неправильное поведение может проявляться не только в заведомо нелепых ответах на вопросы, но и в самооговоре или таком оговоре, которые заставляют заподозрить психическое расстройство. Могут обратить на себя внимание патологические особенности мышления (вязкость, непоследовательность, паралогичное рассуждательство), повышенная внушаемость, неадекватные и несоразмерные эмоциональные реакции. Показателем критических способностей обвиняемого является его отношение к инкриминируемому ему деянию, нередко раскрывающее мотивацию, и к ситуации в целом. Настораживают чрезмерное повышение или, наоборот, снижение активности поведения обвиняемого (вялость, апатия) и нарушения режима в местах заключения.

Неправильное, неадекватное поведение обвиняемого может внезапно выявиться на любом этапе уголовного процесса, что и определяет время направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Когда перечисленные факты, вызывающие сомнение в психическом здоровье обвиняемого, становятся известны в процессе следствия, а поведение обвиняемого не требует его неотложного помещения в психиатрическое учреждение, следует оформлять направление на судебно-психиатрическую экспертизу, после того как собрано достаточно материалов, характеризующих психическое состояние обследуемого вообще и в момент совершения преступления в частности.

Разнородные факты и обстоятельства, которые вызывают сомнения в психическом здоровье обвиняемого, далеко не всегда оказываются доказательством его психической болезни и невменяемости. Наличие этих фактов лишь требует экспертного психиатрического освидетельствования.

В соответствии с положениями процессуального законодательства эксперт не только имеет право с разрешения следователя и суда знакомиться с данными уголовного дела, необходимыми для экспертного заключения, но инстанции, назначающие экспертизу, обязаны представить необходимые эксперту материалы. В случае их отсутствия или недостаточности эксперт имеет право отказаться дать заключение, приведя мотивированное обоснование своего

отказа и указав, какие материалы ему необходимы. Сведения, предоставляемые в распоряжение экспертов-психиатров следствием или судом, являются фактическими данными, относящимися к объективному анамнезу свидетельствуемого, в противоположность субъективному анамнезу, сообщаемому им на экспертизе. Эти сведения складываются из медицинской документации (подробные выписки из историй болезни, их копии или подлинники), свидетельских показаний, характеристик с места работы и жительства и письменной продукции обследуемого (например, его дневники, записи, сочинения и т. п.).

При работе с указанными материалами следует иметь в виду, что особые трудности для характеристики психического состояния лиц, направляемых на экспертизу, представляют больные в начальных стадиях заболевания, при медленно текущих «вялых» формах психических расстройств, в период полных ремиссий, а также при психопатических проявлениях. И свидетели по делу, и те, кто знал обследуемого по работе или в быту, подчас могут не замечать таких болезненных симптомов или не придавать им серьезного значения и объяснять их особенностями характера.

В продромальной и начальной стадиях многих психических заболеваний больные остаются включенными в реальную жизнь, предъявляют жалобы общего характера — на головные боли, недомогание, переутомление и т. п. Вместе с тем на фоне внешне упорядоченного поведения у них эпизодически могут наблюдаться отдельные неожиданные странные и нелепые поступки, в том числе и общественно опасные.

В некоторых случаях медленного вялого течения болезни (в частности, при шизофрении, эпилепсии и др.) у больных сохраняется относительная социальная адаптация. Иногда они слывут людьми со странностями, оригиналами, но в характеристиках нет никаких данных, которые могли бы вызвать подозрения о психическом заболевании. Свидетели могут не сообщить по собственной инициативе о патологических поступках данного лица, если их об этом не будут спрашивать.

Эксперты-психиатры должны своевременно обращать внимание на материалы дела, характеризующие личность обследуемого. В случае необходимости у инстанции, назначившей экспертизу, следует просить дополнительные сведения. Их можно получить прежде всего путем допроса свидетелей о психическом состоянии и поведении данного лица до правонарушения, в момент его совершения и в дальнейшем.

Некоторых психически больных, особенно при внешне нерезко выраженной психопатологической симптоматике, не помещают в психиатрические больницы, и они не состоят на учете в психонев-

рологическом диспансере. В случае совершения ими общественно опасных действий они впервые получают психиатрическую помощь при судебно-психиатрической экспертизе, а лицом, которое впервые заподозрило у них психическое расстройство, оказывается следователь, а иногда даже судья или другой участник процесса. В таких случаях еще более важно собрать материалы, касающиеся личности обследуемого, причем эксперт-психиатр может в консультативном порядке сообщить следователю, какие стороны психического состояния обследуемого следует дополнительно выяснить и у кого из родственников, сослуживцев и т. п.

Особенно важно получить сведения для суждения о возможной динамике психического состояния обследуемого за последние несколько лет (изменения характера, облика, интересов, склонностей, нарастание социальной дезадаптации или, наоборот, повышение социального уровня и профессиональной квалификации и т. п.). Столь же важно выяснить, как реагировал обследуемый на разные сложные ситуации.

Следует предостеречь экспертов-психиатров от односторонней ориентировки работников органов дознания и следствия только на патологические особенности и черты характера обвиняемого. Эксперту-психиатру нужны и данные об уровне социальной адаптации обследуемого, межличностных отношениях в его микросреде, профессиональных возможностях. Это особенно важно при таких болезненных состояниях, когда трудно определить тяжесть психических нарушений (сосудистые и травматические заболевания головного мозга, последствия энцефалитов и др.).

Следует изучить поведение в микросреде обследуемых, признаваемых невменяемыми, для суждения о степени их общественной опасности и определения медицинских мер. Особенно большое значение приобретают такие сведения в тех случаях, когда нужно установить временное расстройство психической деятельности в момент совершения преступления, т. е. ретроспективно диагностировать такие состояния. Проводят детальный опрос свидетелей о внешнем облике, о контакте обследуемого с окружающими (или его отсутствии) не только в момент преступления, но и в предшествующий и последующий периоды. Столь же необходимы сведения об обстоятельствах, при которых произошло преступление, о способе и особенностях его совершения.

При назначении судебно-психиатрической экспертизы обвиняемому перед экспертами-психиатрами, как правило, ставят следующие вопросы: страдает ли он каким-либо психическим заболеванием, и если страдает, то мог ли он отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими при совершении инкриминируемого ему деяния, т. е. вменяем ли он? Не менее важно установить и

его психическое состояние в настоящее время, т. е. в период экспертизы.

При невменяемости или психическом заболевании, возникшем после преступления, но до вынесения приговора, перед экспертами-психиатрами ставят вопрос о том, нуждается ли обследуемый в применении мер медицинского характера и каких именно. Наряду с этими общими вопросами обстоятельства дела могут потребовать выяснения и ряда других моментов. В частности, следственные органы и суд может интересовать время и начало заболевания, состояние психического здоровья обследуемого в различные периоды его жизни, а не только в момент совершения преступления.

При совершении невменяемым больным общественно опасного действия вскоре после выписки из психиатрической больницы может возникнуть сомнение в правомерности и своевременности его выписки из больницы. Дополнительные вопросы могут касаться также обоснованности психиатрических диагнозов, ранее установленных обследуемому, и экспертных решений о наличии или отсутствии у него симулятивного поведения и др.

Виды судебно-психиатрической экспертизы

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. и на основе сложившейся многолетней практики судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется в следующих видах:

— экспертиза в кабинете следователя;
— амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
— стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
— экспертиза в судебном заседании;
— заочная судебно-психиатрическая экспертиза.

Экспертиза в кабинете следователя. Этот вид экспертного освидетельствования в практике носит характер консультации, так как обычно заключается в однократном осмотре обследуемого одним врачом-психиатром. По Инструкции экспертизу (в соответствии с принципами всей медицинской экспертизы в СССР) проводит комиссия, как правило, в составе 3 врачей. При экспертизе в кабинете следователя нет возможности провести обследование даже в той мере, в какой оно осуществляется при амбулаторной экспертизе.

При освидетельствовании в кабинете следователя обычно не выносят заключение о вменяемости (невменяемости). Врач-психиатр дает заключение по ряду других интересующих следователя

вопросов: о психическом состоянии лица в настоящее время, о необходимости проведения ему экспертизы определенного вида (амбулаторная, стационарная), о возможности подвергать обследуемого по состоянию его психического здоровья допросам и проводить очные ставки с его участием и т. п.

При необходимости провести экспертизу следователь может обсудить с психиатром вопрос о материалах, необходимых экспертной комиссии, и о том, какие обстоятельства, касающиеся психического состояния обвиняемого, нужно уточнить при допросах свидетелей. Если проведена не экспертиза, а психиатрическая консультация, заключение может быть предположительным. Но, конечно, в ряде случаев психиатр приходит и к определенному выводу по поставленным ему вопросам. Так, он может вынести заключение, что обвиняемый или подозреваемый не нуждается в судебно-психиатрической экспертизе ввиду отсутствия каких-либо признаков психического расстройства. При ясном психическом заболевании и соответствующей медицинской документации бывает достаточно амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. В другом случае эксперт-психиатр может прийти к выводу, что обследуемый в связи с особенностями своей психической деятельности определенно нуждается в стационарной психиатрической экспертизе.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Экспертиза этого вида состоит в однократном, реже повторном, освидетельствовании лица комиссией врачей-психиатров. В системе психиатрической помощи действуют постоянные амбулаторные экспертные комиссии. Они работают на базе психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров или в помещении медицинской службы следственных изоляторов.

Основное преимущество амбулаторной экспертизы — ее краткосрочность, а недостаток — ограниченные возможности. Такая экспертиза не всегда может дать заключение, так как в случае трудностей в распознавании болезни и установлении вменяемости необходимо стационарное обследование. Это обстоятельство все же не должно приводить к недооценке амбулаторной экспертизы, которая еще встречается в практике следственных органов и судов.

Для максимальной эффективности амбулаторной экспертизы и ее правильной подготовки собирают все нужные экспертам медицинские и следственные материалы, о которых говорилось выше, так же, как это делают при экспертизе стационарной.

Амбулаторное освидетельствование складывается из составления истории болезни врачом-докладчиком, изучения материалов дела членами комиссии, доклада им истории болезни.

В случаях сомнений в психической полноценности обследуемых целесообразно сначала направлять их на амбулаторную экспертизу. Если экспертная комиссия не может дать ответ на поставленные вопросы, она выносит заключение о необходимости стационарной экспертизы.

Амбулаторно могут быть освидетельствованы психически здоровые лица, совершившие правонарушение в состоянии алкогольного опьянения. Амбулаторная экспертиза проводится также в тех случаях, когда есть подозрение о кратковременном расстройстве психической деятельности в момент совершения преступления, а в период экспертизы у обследуемого нет никаких признаков психического заболевания. Решающим обстоятельством в этих случаях являются материалы уголовного дела, если они содержат достаточно данных, характеризующих психическое состояние лица в момент инкриминируемого деяния. При несомненных процессуальных психических заболеваниях, подтверждаемых медицинскими документами, окончательное решение может быть вынесено при амбулаторной экспертизе.

Во многих случаях нерезко выраженных психических аномалий (остаточные явления после травмы черепа, хронический алкоголизм, последствия перенесенных в детстве нейроинфекций, психопатические черты характера) окончательное заключение о вменяемости может вынести амбулаторная экспертиза. Психотические эпизоды и состояния декомпенсации в анамнезе должны в таких случаях настораживать экспертов и свидетельствуют о необходимости стационарной экспертизы.

При освидетельствовании лиц с поражением головного мозга без уточнения природы, стадии, активности болезненного процесса часто нельзя составить представления о характере и прогнозе психопатологических расстройств. Необходимость клинического наблюдения и лабораторных исследований (спинномозговая пункция, электроэнцефалография и др.) является прямым показанием для назначения стационарной экспертизы.

Основанием для назначения стационарной экспертизы должны служить все те разнообразные данные анамнеза и статуса, которые заставляют предположить начальные этапы или стертые формы процессуальных заболеваний или динамику пограничных состояний к моменту преступления или проведения экспертизы. Лица, обнаруживающие при амбулаторном освидетельствовании признаки психоза, но ранее не получавшие психиатрической помощи, как правило, нуждаются в стационарном обследовании.

Стационарная экспертиза необходима также при трудностях дифференциальной диагностики и определения степени (тяжести) психических изменений, в том числе и снижения интеллекта.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза предусмотрена уголовно-процессуальным законодательством. Ст. 158 УПК РСФСР гласит: «Если при производстве судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы возникает необходимость в стационарном наблюдении, следователь помещает обвиняемого или подозреваемого в соответствующее медицинское учреждение, о чем указывается в постановлении о назначении экспертизы.

Помещение в лечебно-психиатрическое учреждение обвиняемого или подозреваемого, не содержащегося под стражей, производится с санкции прокурора».

Это наиболее совершенный вид экспертизы, поэтому к ней следует прибегать во всех случаях, когда возникают трудности в распознавании болезни и определении ее тяжести (глубины). Если обследуемые нуждаются в проведении специальных лабораторных исследований (анализы крови, спинномозговой жидкости, в том числе биохимические, а также электрофизиологические и экспериментально-психологические исследования), требуется стационарная экспертиза. При подозрении на симуляцию или, наоборот, на диссимуляцию также необходимо стационарное обследование. Само собой разумеется, что повторная экспертиза должна быть стационарной.

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР стационарная экспертиза проводится в психиатрических больницах, где организуются стационарные экспертные комиссии, состоящие не менее чем из трех врачей-психиатров. Состав комиссии утверждают местные органы здравоохранения.

Для проведения экспертизы в психиатрических учреждениях министерства здравоохранения СССР созданы судебно-психиатрические отделения, а там, где их нет,— специальные палаты в общих психиатрических и психоневрологических отделениях. В эти отделения помещают только обвиняемых и осужденных. Гражданские истцы и ответчики, а также потерпевшие и свидетели для стационарной психиатрической экспертизы направляются в общие отделения психиатрических больниц.

Стационарное обследование не должно занимать более 30 дней. Если за это время невозможно дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости обследуемого, экспертная комиссия выносит решение о продлении срока обследования, направляя это решение органу, назначившему экспертизу (п. 23 Инструкции).

Как указано в п. 23 Инструкции, при проведении стационарной экспертизы применяются необходимые методы медицинского

2 Заказ № 1565

обследования и лечения. Порядок содержания обследуемых в стационаре определяется требованиями психиатрического наблюдения и изоляции от других отделений больницы и посторонних лиц по условиям следственной (судебной) ситуации (предупреждение побегов).

На каждого обследуемого заводят клиническую психиатрическую историю болезни. В случае необходимости широко привлекают консультантов специалистов—невропатолога, окулиста и др., проводят лабораторные исследования. Спинномозговую пункцию и пневмоэнцефалографию следует делать только при согласии обследуемого на эти процедуры. Исключение могут составить только случаи прямых лечебных показаний (например, нарастающая внутричерепная гипертензия).

Лечение современными психотропными средствами лиц с психическими нарушениями не только улучшает их состояние, но и делает их более доступными и позволяет лучше понять динамику психических изменений, т. е. в конечном счете помогает проведению экспертизы. Само собой разумеется, что при стационарной экспертизе используют лишь такие методы исследования и лечения, которые приняты в лечебных психиатрических учреждениях нашей страны.

Во время стационарной экспертизы нецелесообразно допускать какие-либо действия органов следствия с обследуемыми. Не только допросы, но и предъявление каких-либо документов, фотографий и т. п., имеющих отношение к уголовному делу, не разрешаются, так как это нарушает контакт врачей не только с данным обследуемым, но и с его соседями по палате, и может оказать нежелательное действие на психическое состояние обследуемых.

Экспертиза в судебном заседании. Необходимость экспертизы в суде определяется различными обстоятельствами. Она может быть назначена тем обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, но вызвали сомнение в психической полноценности только в процессе судебного рассмотрения дела (первая группа). В этих случаях эксперт может дать окончательное заключение далеко не всегда, особенно в отношении лиц, не обнаруживающих психических нарушений и не страдавших ими ранее. Чаще эксперт указывает на целесообразность направления обвиняемого на амбулаторную или стационарную экспертизу.

Вторую группу представляют те обследуемые, в отношении которых экспертная комиссия не решила вопроса о вменяемости и сама рекомендовала решить его в судебном заседании. Психическое состояние лица во время совершения им преступления экспертная комиссия предполагает выяснить путем опроса свидетелей

в судебном заседании. В таком случае на суде присутствует лишь один эксперт, наблюдавший обследуемого ранее, так как нецелесообразно отрывать от текущей экспертной работы всех членов комиссии. Тем самым вопрос о вменяемости передается на единоличное решение. Последнее время подобные решения выносятся реже, что следует признать справедливым. Практика экспертизы показывает, что необходимость подобных решений может быть предотвращена в большинстве случаев путем своевременного собирания нужных экспертам материалов, в том числе и дополнительных сведений, получаемых следователем по просьбе экспертной комиссии. Поэтому заключение о решении экспертных вопросов на судебном заседании следует выносить лишь в крайнем случае, когда нет иной возможности при проведении экспертизы уточнить психическое состояние обвиняемого в момент преступления.

Наибольшую группу обследуемых, по поводу которых экспертов-психиатров вызывают на судебное заседание, составляют лица, прошедшие экспертизу с вынесением окончательного заключения. Вызов эксперта может быть обусловлен сомнением суда в правильности заключения, необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, получением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, и, наконец, изменением психического состояния и поведения самого обследуемого (обвиняемого). Эксперт-психиатр должен до начала судебного заседания вновь ознакомиться с материалами дела, обратить особое внимание на те данные, которые были получены после проведения экспертизы.

На судебном заседании эксперту следует внимательно наблюдать за поведением обвиняемого, отмечая для себя как факты, подтверждающие вынесенное заключение, так и данные, указывающие на изменения в психическом состоянии. Задавая с разрешения председательствующего вопросы свидетелям и обвиняемому, эксперт должен ставить их в понятной для опрашиваемого и для суда форме, избегая заведомо наводящих вопросов. В случае расхождения ответов, которые давались теми же свидетелями на предварительном следствии, рекомендуется в тактичной форме обратить на это внимание суда и самих свидетелей и выяснить причину расхождений. Обследование следует проводить во время специального перерыва в судебном заседании, в отсутствие состава суда и участников процесса.

Наконец, экспертов-психиатров вызывают в суд также по делам о невменяемых при направлении их на принудительное лечение. В этих случаях суду может потребоваться обсудить с экспертом меры медицинского характера в свете тех данных,

которые, по мнению суда, обусловливают общественную опасность больного.

При постановке вопросов эксперту, осуществляемой через председателя суда, эксперт должен обратить внимание последнего на те из них, которые, по его мнению, не входят в его компетенцию или не имеют непосредственного отношения к экспертизе и носят чрезмерно отвлеченный характер. Вопросы, не имеющие отношения к данной экспертизе и не относящиеся к компетенции эксперта, суд отклоняет.

В ряде случаев эксперту-психиатру могут задать и научные вопросы по его специальности, выходящие за рамки данного заключения, если их разъяснение имеет значение для оценки судом и участниками процесса выводов экспертизы. Это вопросы о различных вариантах прогноза при заболевании, установленном у обвиняемого, возможности сочетания симуляции с психическим заболеванием и др.

Заключение на судебном заседании по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде. Если в судебном заседании участвуют несколько экспертов-психиатров и они придерживаются единого мнения, представляется общее заключение.

В случае расхождений между экспертами заключения подаются раздельно. В подобных случаях суд часто ставит перед каждым экспертом вопрос, почему он считает неправильным иное мнение, которого придерживаются другие эксперты.

В соответствии с п. 25 Инструкции при невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом [1], эксперт в своем заключении требует направления обследуемого на стационарную экспертизу. Подобным же образом следует поступать в отношении признанных вменяемыми обследуемых, если у них ко времени суда возникли психические изменения, препятствующие участию в судебном процессе. Хотя это, как правило, психогенные заболевания, установить в судебном заседании подлинный характер и продолжительность подобных состояний бывает трудно.

Заочная судебно-психиатрическая экспертиза. Экспертиза этого вида проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого (подозреваемого) или если после смерти лица необходимо выяснить его психическое состояние в тот или иной период его жизни. Такая посмертная экспертиза проводится при расследовании дел о самоубийствах, а также в гражданском процессе, когда возникает сомнение в пси-

---

[1] Имеются в виду вопросы, непосредственно касающиеся экспертных выводов.—*Ред.*

хическом здоровье лица в момент составления им дарственного акта или завещания.

Заочная экспертиза осуществляется на основании свидетельских показаний, медицинской документации (в этих случаях особенно важно получить подлинники историй болезни и амбулаторных карт), характеристик, а также письменной продукции обследуемого. Эксперт должен внимательно изучить документы и уметь связать в одно целое ряд мелких штрихов, на которые указано в отдельных характеристиках и показаниях.

Для получения дополнительных данных о психическом состоянии лица иногда целесообразно провести дополнительные допросы свидетелей и тех, кто близко знал обследуемого. В необходимых случаях это должно проводиться с участием психиатра — одного из членов экспертной комиссии или во всяком случае после консультации с психиатром работников суда и следствия.

Недостаточность материалов, предоставленных в распоряжение экспертов, особенно при заочных экспертизах, заставляет отказаться от дачи заключения. Неполнота сведений в некоторых случаях заочных (посмертных) экспертиз в уголовном процессе (но не в гражданском, где решаются вопросы дееспособности и действительности сделки) позволяет ограничиться предположительным заключением о психическом состоянии лица. Необходимо тщательно мотивировать такое заключение.

Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами и судом

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется в виде акта экспертизы, структура и принцип составления которого регламентированы в методических указаниях, приложенных к Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г.

Акт судебно-психиатрической экспертизы является одним из источников доказательств по делу и потому требует максимальной точности в приведении всех фактических данных и указания, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Акт должен быть понятен не только специалистам-психиатрам, но и работникам следствия и суда, должен содержать не только выводы, но и обоснование этих выводов, вытекающее из описания конкретных данных, касающихся психического состояния обследуемого, и их аргументированную судебно-психиатрическую оценку.

Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего за-

болевания (если таковое имеется), описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований) и заключительной, так называемой мотивировочной, части. Последняя состоит из выводов и их обоснования.

Подробные указания по составлению каждой из этих частей акта даны в приложении к Инструкции, поэтому мы остановимся лишь на некоторых общих положениях и принципах его составления. При описании прошлой жизни (анамнез) должна быть отчетливо показана динамика выявленных экспертами психических нарушений. Анамнез необходимо проследить до момента поступления лица на экспертизу, так как поведение в период следствия, а тем более пребывания под стражей имеет существенное значение для диагностики и судебно-психиатрической оценки. Особое внимание обращают на психическое состояние лица в момент инкриминируемого ему деяния.

Патологические расстройства, найденные в анамнезе и отмеченные в статусе обследуемого, должны быть описаны и психопатологически квалифицированы; недопустимо ограничиваться одними психиатрическими терминами, так как акт теряет тогда свое доказательное значение. Описание психического статуса в акте отличается от такового в истории болезни. Оно должно быть более обобщающим, сочетая описание с терминологическим определением симптомов. Психопатологические проявления при описании нельзя искусственно расчленять, они не должны терять присущую им синдромологическую очерченность.

В мотивировочной части акта приводится клиническое обоснование диагноза и аргументируется судебно-психиатрическая оценка применительно к юридическому критерию невменяемости.

В случаях невменяемости обосновывают рекомендуемые меры медицинского характера.

Выводы экспертов при судебно-психиатрической экспертизе являются ответами на вопросы, поставленные перед ними, и потому должны быть определенными. Это касается заключений о вменяемости, о возможности понимать значение своих действий и руководить ими в соответствии со ст. 15 ГК РСФСР и др.

Предположительное заключение допустимо лишь в некоторых случаях заочных экспертиз, в частности при самоубийствах, когда нельзя получить недостающих сведений. При настоящем уровне психиатрических знаний и различии диагностических взглядов (прежде всего это касается диагностики шизофрении) иногда нозологическая диагностика будет предположительной при четкой синдромальной характеристике и определенном выводе о вменяе-

мости или невменяемости. Таковы, например, экспертные заключения при некоторых паранойяльных синдромах, когда не представляется возможным исключить шизофрению, при остаточных явлениях органического поражения головного мозга неясной этиологии и др.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы нередко вскрываются обстоятельства, имеющие значение для дела, по которым, однако, следствие и суд вопросов не ставят. Инструкция (п. 12) предусматривает, что в таких случаях эксперты в своем заключении вправе указать на эти обстоятельства. Это бывает при освидетельствовании осужденных, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу администрацией исправительно-трудовых учреждений или надзорными инстанциями, в отношении которых ставится лишь один вопрос: может ли осужденный по своему психическому состоянию находиться в местах лишения свободы, отбывать наказание?

Нередко данные клинического обследования таких лиц указывают не только на наличие психического заболевания, но и на относительную его давность. Располагая данными о признаках психического заболевания у осужденного еще к моменту совершения общественно опасного деяния, эксперты могут указать на это в своем заключении и высказать суждение о вменяемости. В таких случаях эксперты должны располагать не только данными личного дела осужденного, но и материалами судебного дела. Это позволит получить всесторонние сведения о личности субъекта и особенностях его поведения в момент правонарушения.

Когда правонарушение складывается из ряда следующих друг за другом эпизодов, а от экспертов не требуют дифференцированной оценки состояния обследуемого применительно к каждому эпизоду, эксперты могут выявить качественные различия в психическом состоянии обследуемого в момент того или иного эпизода. Экспертную оценку психического состояния лица в каждый момент должны учитывать судебно-следственные органы.

Эксперт-психиатр вправе наряду с вопросом о вменяемости в своем заключении отметить отношение к показаниям этих лиц и их способности воспроизводить обстоятельства дела (например, при самооговорах депрессивных больных).

Заключение экспертов не обязательно для следственных органов и суда, оно подлежит их оценке, в результате которой может быть ими отвергнуто. Несогласие с экспертизой следственные органы и суд должны мотивировать в постановлении или определении (ст. 80 УПК РСФСР), т. е. конкретно обосновать. Подробная мотивировка несогласия с экспертизой важна не только для обоснования этого процессуального акта, но имеет значение для

повторной экспертизы, так как указывает, какие обстоятельства вызывают у следователя или суда сомнение в экспертном заключении.

В случае недостаточной ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение, в соответствии со ст. 192 УПК РСФСР или назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам (ст. 81 УПК РСФСР).

Существенные сомнения по поводу экспертизы, особенно касающиеся основных вопросов (прежде всего вменяемости), а также вновь открывшиеся обстоятельства, имеющие значение для судебно-психиатрического заключения, требуют повторной экспертизы, которую поручают другим экспертам.

Изучение повторных судебно-психиатрических экспертиз, представляющих собой результат несогласия следственных органов или суда с предыдущим экспертным заключением, позволяет выявить наиболее типичные обстоятельства, вызывающие несогласие с экспертизой. Если первая экспертиза признает обследуемых вменяемыми, сомнения вызывают следующие группы факторов, часто в сочетании: дефекты экспертного заключения, которые могут проявляться в одностороннем отборе данных, почерпнутых из уголовного дела, когда приводятся доводы о психической сохранности и не оговариваются и не освещаются факты, вызывающие сомнение в психическом здоровье (например, вычурность и манерность в поведении некоторых психопатов и т. п.); недостаточная документация; неясность мотивов преступления, чрезмерная жестокость, отсутствие попыток скрыть преступление; неправильное поведение обвиняемого на допросах или в судебном заседании, нелепые (паралогичные) объяснения совершенного преступления, непоследовательные высказывания; заявления свидетелей на суде о странностях в поведении обвиняемого еще до привлечения его к ответственности.

При назначении повторных экспертиз в тех случаях, когда первая экспертиза дала заключение о невменяемости, поводом для сомнений служат корыстные мотивы преступления и его сокрытие, совершение преступления в соучастии с другими лицами, внешне упорядоченное поведение обвиняемого, его формальная ориентировка в окружающем, сохранность прежних знаний и профессиональных навыков. Порождает сомнения и несовершенство самого акта экспертизы, когда эксперт обращает внимание только на патологические нарушения и не упоминает о сохранных сторонах психики, наблюдающихся и у психически больных.

Точно так же в случаях невменяемости отсутствие развернутого описания и аргументации патологических расстройств, а только

их констатация в акте при внешне сохранном облике больного, и особенно при тяжких преступлениях, приводят к назначению повторной экспертизы.

Перечисленные факторы, особенно в их совокупности, служат достаточным основанием для сомнений в правильности заключения и приводят к назначению повторной экспертизы, но отнюдь не доказывают ошибочность первой экспертизы. На повторную экспертизу, как правило, направляются обвиняемые, чье психическое состояние представляет значительные трудности с точки зрения диагностики и судебно-психиатрической оценки. Это нередко сочетается с тяжестью совершенного правонарушения. Расхождения между мнением первой и повторной экспертизы чаще бывают в сторону невменяемости при повторной экспертизе, т. е. при повторной экспертизе чаще находят до того не выявленные, внешне, может быть, нерезко выраженные психические расстройства, и реже приходят к отрицанию неправомерно установленной невменяемости.

В отдельных случаях в актах первой экспертизы недостаточно высок уровень клинико-психопатологической квалификации и диагностики наблюдаемых болезненных явлений. Определенные дополнительные объективные факторы облегчают правильное решение при повторной экспертизе по сравнению с первой: это — дальнейшее изменение психического состояния обследуемого как в сторону утяжеления болезненных явлений, так и в сторону их сглаживания, что в соответствии с закономерностями течения болезни помогает уточнить природу болезненных расстройств и установить степень их тяжести. Повторная экспертиза, особенно если она проводится по определению суда, а первая была проведена в стадии предварительного расследования, располагает нередко большими материалами о личности обвиняемого и его состоянии в момент правонарушения.

Затрудняют вынесение экспертных заключений как при первой, так и при повторной экспертизе, способствуют возникновению разногласий между экспертами и приводят к неоднократным повторным экспертизам следующие обстоятельства: недостаточность содержащихся в уголовных делах материалов, характеризующих личность обвиняемого, его поведение в различных условиях, при разных ситуациях и особенно в период, предшествовавший правонарушению, во время его совершения и непосредственно после него, что особенно важно для установления временного расстройства психической деятельности. Недостаточность собранных материалов ставит в трудное положение не только первую, но и повторную экспертную комиссию, особенно если повторную экспертизу назначает суд без возвращения дела на стадию предвари-

тельного расследования, так как дополнительное получение необходимых материалов становится для экспертов затруднительным. Этот вопрос требует своего процессуального решения.

Литература

Бунеев А. Н. Судебно-психиатрическая экспертиза, ее практика и задачи.— В сб.: Судебно-психиатрическая экспертиза, ее практика и задачи. М., 1935, с. 5—22.

Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР Министерства здравоохранения СССР. М., 1970, с. 7.

Калашник Я. М. Особенности повторной судебно-психиатрической экспертизы.—В кн.: Проблемы судебной психиатрии. В. 7. М., 1957, с. 56—72.

Методические указания по составлению акта (заключения) судебно-психиатрической экспертизы. (Приложение к Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы). М., 1970, с. 8—13.

Морозов Г. В. 50 лет деятельности института и задачи советской судебной психиатрии.—Материалы конференции 20—22 декабря 1971 г. М., 1971, с. 3—19.

Глава 3

Проблема невменяемости

Теоретические предпосылки учения о невменяемости

Проблема невменяемости является основной теоретической проблемой судебной психиатрии. Развитие учения о невменяемости возможно лишь в тесной связи философских, правовых и психологических положений с клиническими психиатрическими воззрениями на психические заболевания.

Важнейшим условием правильного решения проблемы невменяемости как в теоретическом, так и в практическом плане является научно-материалистическое понимание психической деятельности, прежде всего той ее стороны, которая выражается в произвольных поступках и действиях (волевые проявления).

Не менее важно и соответствие уголовно-правовых норм невменяемости естественно-научным данным о процессах нормальной и патологической психической деятельности. Вменяемость является предпосылкой вины. В соответствии с основными положениями Советского уголовного права уголовную ответственность за совершенное деяние могут нести только физические лица, являющиеся вменяемыми. Сознательный характер поступков и действий

такого лица делает его ответственным за то, что он совершает, а закон вправе потребовать от него совершения тех или иных действий или, наоборот, воздержания от них.

Детерминированность поведения человека условиями внешнего мира, как и его внутренними побуждениями, не предопределяет фатально его действий вследствие активной роли сознания и способности человека регулировать свое поведение. «Волевое действие человека всегда опосредовано более или менее сложной работой его сознания» [1]. Интеллектуальный процесс, включаясь в волевой акт, превращает его в действие, опосредованное мыслью. Отсюда вытекает сознательный характер волевых действий, т. е. осознание последствий своего поступка.

В. И. Ленин раскрыл соотношение свободы и необходимости и значение принципа детерминизма для оценки поведения человека. «Идея детерминизма,— говорит он,— устанавливая необходимость человеческих поступков, отвергая вздорную побасенку о свободе воли, нимало не уничтожает ни разума, ни совести человека, ни оценки его действий. Совсем напротив, только при детерминистическом взгляде и возможна строгая и правильная оценка, а не сваливание чего угодно на свободную волю» [2].

Условия вменяемости и невменяемости, связанные с состоянием психического здоровья человека, получают свое естественнонаучное обоснование в данных физиологии и патологии высшей нервной деятельности. В. И. Ленин указывал: «Всякий человек знает — и естествознание исследует — идею, дух, волю, психическое, как функцию нормально работающего человеческого мозга» [3]. Положение И. П. Павлова о произвольных действиях человека и роли второй сигнальной системы как высшего регулятора человеческого поведения особенно важно для рассматриваемой нами проблемы. При дальнейших исследованиях П. К. Анохина, Н. А. Бернштейна, И. С. Бериташвили и др. в области нейрофизиологии были получены данные, конкретизирующие наши представления о материальном субстрате произвольной деятельности, о физиологической основе психической активности и способности человека прогнозировать свои поступки при взаимодействии с окружающей средой. С точки зрения естественнонаучного обоснования способности ко вменению большое значение имеют исследования физиологических механизмов системной деятельности голов-

---

[1] Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946. с. 508.

[2] Ленин В. И. Что такое «друзья народа» и как они воюют против социал-демократов? Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 1, с. 159.

[3] Ленин В. И. Материализм и эмпириокритицизм. Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 18, с. 241.

ного мозга, участвующих в осуществлении активных действий, их коррекции в процессе выполнения и в предвидении (предвосхищении) еще не совершенного действия. Это — афферентный синтез, обратная афферентация и акцептор действия, обеспечивающие сложные акты выбора поведения, его оценки и предвидения его последствий.

Тем самым раскрываются естественнонаучные (физиологические) основания способности человека отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими в зависимости от предъявляемых к нему требований. Вместе с тем эти данные еще раз говорят о детерминированности поведения человека и его неразрывной связи с окружающей средой. Эти исследования опровергают теории некоторых западноевропейских и американских авторов (Var Beyer, 1957; Schneider, 1958; Tuttmacher, 1961, и др.), отрицающих научное содержание понятий вменяемости и невменяемости, аргументирующих свои взгляды неприемлемостью принципа детерминизма, рассматривая его при этом в механистическом плане.

Приведенное обоснование способности нормального человека нести ответственность за содеянное, быть вменяемым соответствует положению, высказанному И. П. Павловым: «Во мне остается возможность, а отсюда и обязанность для меня, знать себя и постоянно, пользуясь этим знанием, держать себя на высоте моих средств. Разве общественные и государственные обязанности и требования — не условия, которые предъявляются к моей системе и должны в ней производить соответствующие реакции в интересах целостности и усовершенствования системы?!»[1].

Такая трактовка условий, определяющих индивидуальную ответственность, полностью соответствует не только правовым, но и социально-этическим нормам лишь в социалистическом обществе. Только в условиях социализма полностью совпадают нормы морали и права, а общественные и государственные требования действительно направлены на обеспечение прав личности и создание условий гармонического развития человека, т. е. усовершенствования этой «системы».

При возникновении психического заболевания болезненные расстройства психики, выражающиеся в определенной совокупности симптомов и синдромов, могут приводить к нарушению описанных выше сложных форм поведения и социальных взаимоотношений человека.

При психозах нарушается отражательная деятельность головного мозга и болезненно искаженное отражение объективных отношений реальной действительности лишает человека возможно-

---

[1] Павлов И. П. Полн. собр. трудов. Т. 3, кн. 2. М.—Л., 1951, с. 188.

сти сознательно относиться к своим действиям, регулировать свое поведение. Выраженные болезненные расстройства психики могут приводить к таким нарушениям социальных взаимоотношений больного, к таким действиям, которые, будучи общественно опасными, в то же время исключают личную юридическую ответственность больного за совершенное.

Только потому, что болезненные нарушения психической деятельности могут исключить ответственность лица за общественно опасные действия, и существует проблема невменяемости. Понятие невменяемости является негативным по отношению к вменяемости и определяет совокупность условий, исключающих уголовную ответственность лица вследствие нарушений его психической деятельности, вызванных болезнью. Вменяемость и невменяемость, будучи юридическими понятиями, обобщают объективно существующие явления и основываются на оценке психической деятельности человека. При научно-материалистической трактовке проблемы невменяемости раскрывается единство естественнонаучного обоснования условий и критериев невменяемости в уголовном законодательстве.

О такой принципиальной возможности согласовать юридические нормы невменяемости и медицинские принципы оценки психического состояния говорил еще В. Х. Кандинский, считавший, что это может быть осуществлено только при физиологической трактовке психических болезней и соответствии законодательной формулы невменяемости научным достижениям психиатрии.

Положения советского уголовного права о том, что вменяемость является предпосылкой вины, а невменяемые лица не подлежат наказанию, четкое принципиальное отграничение преступления от общественно опасного действия, совершенного психически больным, определяют важнейшую задачу советской судебной психиатрии — совершенствовать судебно-психиатрические оценки болезненных расстройств психики. Это означает стремление к возможно более точному анализу психических расстройств, к установлению тяжести болезни на различных этапах ее течения. В противоположность этому в ряде работ современных западноевропейских и американских ученых в качестве задач судебной психиатрии выдвигаются доктрины так называемой социологической школы уголовного права, отрицающей научное содержание и правовое значение понятий вменяемости и невменяемости. Забота о дальнейшей судьбе преступников, об их социальной реабилитации противопоставляется установлению их вменяемости или невменяемости, которые рассматриваются, как и десятки лет назад, при возникновении социологической школы, лишь в качестве условных признаков сортировки преступников. Если в прошлом

Kraepelin и Aschaffenburg говорили о целесообразных мерах социальной защиты общества от лиц с опасным для него состоянием, то в наши дни подмена определения вменяемости — невменяемости социальной целесообразностью объясняется биологической особенностью у преступников, которая якобы обусловливает их рецидивизм и неисправимость. Это — хромосомные аберрации, психопатические черты характера, сексуальные перверзии и невротическое поведение. На международном симпозиуме (1967), посвященном ненормальным преступникам, говорилось о том, что вменяемость — это «неуклюжий диагностический инструмент», средство давления, а не помощи преступникам (Diamond Loldstein). На Международной конференции по индивидуализации ответственности (1971) одной из новых задач судебной психиатрии в ФРГ Rasch считал отказ от определения вменяемости на основе ее критериев (медицинский и юридический). Установление вменяемости, по словам автора, лишь погружает нас в утомительные дискуссии, которые ведут эксперты с прошлых догматических позиций. Наилучшим средством ресоциализации преступников с аномалиями поведения является помещение их в специальные закрытые учреждения типа Херстедвестера (Дания) «вне зависимости от степени их вменяемости».

Такие взгляды, исходящие из биологизации антисоциального поведения, смывают границы между психической болезнью и неболезненными проявлениями, а также между мерами наказания и принудительным лечением. Как справедливо указывает В. Н. Кудрявцев [1], биологические факторы, а к ним относятся и патологические аномалии психики, могут рассматриваться не более как условия преступного поведения. Если эти биологические факторы начинают приобретать несвойственную им роль причин противоправных действий, то вопрос должен быть перенесен из социально-правовой в медицинскую область: в таких случаях речь идет не о преступлении, а об общественно опасных действиях душевнобольного. Эти понятия ясно различаются в действующем законодательстве СССР.

Определенную печать биологизации несет на себе и трактовка преступного поведения неофрейдистами. Ряд западноевропейских психиатров, занимающихся судебной психиатрией, выступают против приложения психоаналитических идей к судебно-психиатрической экспертизе. Эти ученые говорят о произвольности таких теорий, подменяющих судебно-психиатрическую оценку психологическим объяснением поведения людей (Rauch, 1962; Schmidt,

---

[1] Кудрявцев В. Н. Проблемы причинности в криминологии.— «Вопросы философии», 1971, № 10.

1962). Утверждения о неприемлемости понятий вменяемости и невменяемости аргументируются также тем, что способность руководить своим поведением, т. е. волевой признак юридического критерия невменяемости, не может быть познан естественнонаучными дисциплинами, так как относится к сфере метафизики (Schneider, 1956; Kalwass, 1969). Вопрос о вменяемости якобы решается не путем рационального анализа, а посредством интуитивного схватывания этой экзистенциальной проблемы судьей (Haddenbrock, 1922; De-Boor, 1963).

Необходимое для заключения о вменяемости — невменяемости установление тяжести (глубина) психических расстройств лишено, по мнению ряда зарубежных психиатров, объективного мерила, произвольно и до конца недоступно познанию. Поэтому некоторые последователи (Schneider, Haddenbrock, von Böser e. a.) причисляют себя к агностикам с точки зрения взглядов на проблему невменяемости.

Erchardt, Villinger (1963) исходят из клинически более реальных положений, считая, что применение юридического критерия определяется установлением и оценкой психиатрических факторов. В целом противоречия при рассмотрении проблемы невменяемости упираются в соотношение социального и биологического в поведении человека, в понимание природы его психической деятельности.

Формула невменяемости и принципы судебно-психиатрической оценки

Современные законодательства содержат определения невменяемости в так называемой формуле невменяемости, в которой даны ее критерии. Эксперты-психиатры выносят заключения, складывающиеся из распознавания психического заболевания и его оценки применительно к этим критериям.

Формула невменяемости Советского уголовного законодательства представлена в ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и Союзных республик, которую точно повторяет ст. 11 УК РСФСР. Ст. 11 Основ гласит: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее психической болезнью, лишающей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию».

Уголовно-правовые нормы вменяемости — невменяемости относятся к психическому состоянию лица в момент совершения им правонарушения, а понятие невменяемости исчерпывается двумя критериями — медицинским и юридическим. Медицинский критерий представляет собой обобщающий перечень возможных болезненных расстройств психики, а юридический характеризует такую тяжесть (глубина) психических нарушений, которая, по мысли законодателя, исключает вменяемость лица. Такое построение формулы невменяемости — необходимость двух ее критериев — определяется тем, что существующие психические расстройства отличаются различной тяжестью и не всегда исключают вменяемость. Последнее обстоятельство указывает на неразрывное единство обоих критериев, которые характеризуют определенные клинические проявления болезненных расстройств психики. Это в свою очередь указывает на то, что применение обоих критериев входит в компетенцию экспертов-психиатров, так как речь идет о распознавании и определении степени (тяжесть) психических нарушений, т. е. о задаче всех экспертных отраслей медицины. Само содержание формулы невменяемости определяет задачу судебно-психиатрической экспертизы — вынесение заключения о вменяемости или невменяемости лица, окончательное решение о чем принадлежит суду. Так формулирует основную задачу экспертов-психиатров в уголовном процессе Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР 1970 г.

Медицинский критерий невменяемости состоит из 4 обобщающих признаков: хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие и иное болезненное состояние, что отражает стремление к возможно более полному охвату всех возможных психических заболеваний.

Хроническая душевная болезнь как признак медицинского критерия включает не только непрерывно протекающие хронические болезни, но и текущие приступообразно, когда могут наблюдаться значительные колебания в состоянии больного, длительные стойкие ремиссии (прежде всего при шизофрении, пресенильных психозах, рассеянном склерозе и т. д.). К этому же признаку медицинского критерия относятся и различные формы психических дефектов, изменений личности после остановки болезненного

процесса (постпроцессуальные изменения). Отнесение подобных расстройств именно к этому признаку медицинского критерия важно с точки зрения их прогностического значения, возможности обострений и сдвигов даже после длительного стабилизированного состояния.

Под временными расстройствами душевной деятельности подразумевают болезненные состояния, оканчивающиеся полным выздоровлением. Они включают в себя и частые в практике судебной психиатрии кратковременные расстройства, в том числе так называемые исключительные состояния (патологическое опьянение, патологический аффект и др.), а также близкие к ним, но несколько иные по генезу кратковременные психотические эпизоды с помрачением сознания, спровоцированные экзогенными вредностями, возникающие у лиц с резидуальными органическими поражениями (в судебно-психиатрической клинике они изучались Т. Н. Гордовой и сотр., 1973).

К этому же признаку медицинского критерия должны быть отнесены пароксизмальные расстройства, носящие характер кризов, обусловленные диэнцефальной патологией. Это — редко встречающиеся почти мгновенные нарушения сознания и двигательной активности с висцерально-вегетативными проявлениями, которые могут явиться объектом судебно-психиатрической экспертизы при транспортных авариях и наездах.

В ряде случаев отнесение отдельных болезней к тому или иному признаку медицинского критерия является условным. За исключением «хронических» и «временных заболеваний», где соотнесение их с определенным признаком важно с точки зрения прогноза, при многих заболеваниях это не имеет решающего значения. Например, маниакально-депрессивный психоз и некоторые периодические психозы у больных с органическим поражением головного мозга в зависимости от особенностей течения и длительности приступов и светлых промежутков могут быть отнесены как к хроническим, так и к временным расстройствам психической деятельности. То же можно сказать и о приобретенном слабоумии, которое возникает в результате прогредиентных процессов, а потому в одинаковой мере может относиться и к хроническим душевным болезням, и к слабоумию.

К такому признаку медицинского критерия, как иные болезненные состояния, принято относить психопатии и длительно протекающие неврозы. Эта условность отнесения конкретных болезней к тому или иному признаку медицинского критерия формулы невменяемости отнюдь не означает, что нозологическая природа заболевания не имеет значения при судебно-психиатрической экспертизе.

3 Заказ № 1565

Нозологическая природа психопатологических нюансов, присущих той или иной болезни, играет существенную роль не только для прогноза, но и для установления характера и тяжести болезненных расстройств психики. Общим свойством всех признаков медицинского критерия является болезненная природа отмеченных состояний. Это имеет значение потому, что существуют и неболезненные аномалии психической деятельности, которые могут быть стойкими или временными и вызывать сомнения в психической полноценности обвиняемого.

К неболезненным изменениям психики В. Х. Кандинский относил аффективные состояния. «Едва ли кто может сказать,— писал он,— что озлобление, запальчивость, раздражение суть состояния для человека ненормальные». Из этого он делал вывод, что неболезненные расстройства душевной деятельности не должны исключать вменяемости; «исключают ее только душевные расстройства болезненные» [1].

Не всякое воздействие неблагоприятных факторов и изменение физиологических функций организма, сказывающееся на психической деятельности, в том числе на переживаниях субъекта, должны рассматриваться как болезненные состояния (утомление, сильное душевное волнение и др.). Будучи неболезненными, эти аномалии не подлежат психиатрическому анализу, применимому лишь к болезненным расстройствам психики. Однако эти состояния требуют отграничения от внешне сходных с ними картин болезненных расстройств (разграничение аффекта физиологического и патологического, явлений утомления и астенического синдрома, естественной подавленности и психогенной депрессии).

Эксперт-психиатр может говорить об этих состояниях в плане дифференциальной диагностики, отграничения их от тех или иных психопатологических синдромов, но он не должен оценивать их интенсивность и влияние на поведение. Медицинский критерий предусматривает распознавание болезненного расстройства, его возможно более точную и четкую психопатологическую квалификацию на основе развернутого клинического анализа.

Такое развернутое определение психического заболевания необходимо потому, что «неспособность отдавать отчет в своих действиях или руководить ими» обосновывается также клиническими данными, что свидетельствует о неразрывном единстве обоих критериев невменяемости — медицинского и юридического.

Юридический критерий невменяемости характеризует такую степень (тяжесть) болезненных изменений психики, которая исключает вменяемость.

---

[1] Кандинский В. Х. К вопросу о невменяемости. Спб., 1890, с. 22.

В законе должна быть указана «степень, с которой действие каждой данной причины (болезни) должно считаться обстоятельством, уничтожающим способность ко вменению»[1].

Обобщающую характеристику психической деятельности человека, в том числе и таких ее изменений (нарушений), которые приводят к определенным юридическим последствиям, можно выразить только в психологических понятиях. Поэтому В. П. Сербский обозначал этот критерий как психологический. При невменяемости (как и при недееспособности), по словам В. П. Сербского, уничтожается возможность понимать поступки и руководить ими, а это и есть содержание психологического критерия[2].

В соответствии с этим в ст. 11 Основ уголовного законодательства юридический критерий сформулирован как невозможность «отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими». Применение юридического критерия невменяемости при судебно-психиатрической экспертизе означает собственно судебно-психиатрическую оценку, т. е. определение тяжести (глубины) установленных расстройств психики. Определенным мерилом оценки является содержание юридического критерия. Данные клинико-психопатологического анализа прилагаются к этому мерилу, выраженному в психологических понятиях. Это приложение к клиническим данным «психологической мерки» юридического критерия носит опосредованный характер и отнюдь не означает неправомерного психологического анализа непосредственно психопатологических феноменов. Основным моментом судебно-психиатрической оценки является использование известных психиатрических данных и закономерностей, характеризующих тяжесть психических нарушений.

При многих выраженных психотических состояниях (галлюцинаторно-бредовые синдромы, помрачение сознания и т. д.) сама психопатологическая квалификация синдрома свидетельствует о невменяемости, а при ряде других состояний нозологическая и синдромальная диагностика еще не определяет экспертного заключения (многие сосудистые и травматические поражения головного мозга, ряд случаев эпилепсии и др.).

Применение «психологической мерки» юридического критерия к этим состояниям означает еще и установление обобщающих, сложных по своему генезу показателей нарушения психики в их совокупности, таких, как расстройство критики, неправильная оценка больным окружающей обстановки и совершаемых им поступков, анозогнозия и др. Таким образом, речь идет о констата-

---

[1] Кандинский В. Х. К вопросу о невменяемости. Спб., 1890, с. 15.
[2] Сербский В. П. Судебная психопатология. Т. 1. М., 1895, с. 136.

ции нарушений высших, наиболее сложных форм аналитико-синтетической деятельности, чему в значительной степени помогает знание нозологических закономерностей, стереотипов развития болезней, поскольку они также могут свидетельствовать об интенсивности болезненных проявлений, их тяжести. Поэтому юридический критерий более необходим в сложных для диагностики и оценки случаях, нежели там, где уже нозологический и синдромальный диагнозы определяют невменяемость (острые приступы шизофрении, нелеченый прогрессивный паралич).

Юридический критерий в форме невменяемости складывается из двух признаков: интеллектуального — невозможность отдавать себе отчет в своих действиях и волевого — невозможность руководить своими действиями. Известны изменения психики, при которых преобладают расстройства произвольной деятельности при формально правильной ориентировке и не столь резких расстройствах мышления. Сюда относятся некоторые навязчивые и импульсивные действия, а также редкие в экспертной практике исключительные состояния, протекающие по механизмам реакции короткого замыкания.

Вместе с тем следует остерегаться изолированного рассмотрения расстройства влечений, подчеркивания их неотвратимости, что иногда делается без изучения всей клинической картины в целом и основывается лишь на субъективной оценке состояния самим обследуемым. Расстройства влечений, неподчинение непроизвольной импульсивности сознательному регулированию в степени, исключающей вменяемость, не могут не сопровождаться теми или иными расстройствами высших психических функций, участвующих в регуляции всех поведенческих реакций.

При установлении невменяемости содержание юридического критерия не следует толковать чрезмерно узко. Формально правильная ориентировка в окружающем, внешне упорядоченное поведение, сохранность прежних знаний и навыков могут наблюдаться и у психически больных. Наличие их само по себе не всегда свидетельствует о способности больного отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Для того чтобы лицо было признано вменяемым, оно должно понимать не только фактическую сторону деяния, но и, что самое главное, общественную опасность своего поступка, т. е. его значение именно как преступления. Это особенно важно иметь в виду при экспертизе лиц с интеллектуальной недостаточностью (дебильность, остаточные явления после органических процессов, эпилепсия с изменениями психики, не достигающими выраженного слабоумия), а также больных с медленно текущей (вяло прогредиентная) шизофренией. Заранее задуманное и осуществляемое с мерами предосто-

рожности общественно опасное действие может быть совершено и невменяемыми психически больными. Изучение психопатологических механизмов опасных действий и внешних условий, способствующих их совершению, раскрыло с новых сторон сочетание психопатологических расстройств с отдельными сохранными сторонами психической деятельности. При несомненной невменяемости опасные действия могут быть обусловлены не только патологическими, но и реальными — бытовыми мотивами, а правонарушение может иметь предварительную подготовку и хитро построенный план.

Психические нарушения во многих случаях опасных действий играют лишь опосредованную роль и далеко не всегда можно установить прямую причинно-следственную связь между психопатологическими симптомами и характером опасного действия. Поэтому причинно-следственная связь между симптомами и деянием как один из критериев невменяемости (так называемые правила Дархема, принятые в последние годы в ряде штатов США) неправомерно ограничивает круг психически больных, которые должны быть признаны невменяемыми. Роль психопатологических механизмов в генезе правонарушений, с одной стороны, и неспособность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими — с другой — понятия неидентичные, хотя они и могут быть связаны друг с другом. Задача эксперта — установить или отвергнуть именно эту неспособность исходя из тяжести психических нарушений.

Это положение имеет особое значение при медленно текущих процессуальных заболеваниях, создающих большие трудности при решении вопроса о невменяемости. При экспертизе этих больных отмечается их относительная психическая сохранность на уровне обыденных повседневных отношений и способность к совершению опасных действий по реальным мотивам и даже в соучастии со здоровыми лицами. Это особенно характерно для больных с вяло текущей шизофренией, в состоянии шизофренических ремиссий и больных паранойяльными синдромами, что и служит нередко причиной нераспознавания этих болезненных состояний или их неправильной клинической квалификации, приводящей к ошибочному заключению о вменяемости.

Судебно-психиатрическое значение психических аномалий, не исключающих вменяемости

Альтернативность понятий вменяемости и невменяемости вытекает из того, что деяние, совершенное в невменяемом состоянии, не является преступлением, а представляет собой общественно

опасное действие психически больного. Такое лицо не подлежит наказанию, и к нему можно применить лишь меры медицинского характера. В связи с этим возникает вопрос о патологических аномалиях, не исключающих вменяемости. Степень вины и ответственность лица при совершении одного и того же преступления может быть различной в зависимости от конкретного содержания, умысла или неосторожности, его способностей и развития, морально-этических установок и ряда других факторов и условий.

Вменяемость лица говорит о том, что ему при совершении преступления было доступно понимание общественной опасности совершаемого и он, обладая способностью руководить своим поведением, мог по состоянию своего психического здоровья воздержаться от преступного действия. Даже при патологических явлениях ведущими в поведении вменяемого человека, в его психической деятельности остаются социально-психологические, т. е. нормальные, психологические детерминанты. Другое дело, что объем понимания и оценки своего поступка, как и уровень руководства своими действиями, могут быть различными в зависимости от ряда причин, в том числе и от некоторой интеллектуальной недостаточности или эмоционально-волевых аномалий (психопатические и психопатоподобные расстройства).

Установление различий в степени ответственности всегда требует от суда индивидуального подхода, анализа особенностей личности обвиняемого и мотивов его поведения. Поэтому такие факторы, как патологические особенности психики, не исключающие вменяемости, эксперты-психиатры должны раскрывать и анализировать, делая их понятными суду. Эти патологические особенности не следует оценивать изолированно. Их подлинное значение с точки зрения вины и ответственности раскрывается лишь во взаимоотношении со всеми обстоятельствами уголовного дела, составом преступления и другими особенностями личности обвиняемого и всеми смягчающими и отягчающими вину обстоятельствами.

Патологические аномалии психики являются лишь одним из многих факторов, которые оценивает суд. Говорить о значении патологических аномалий психики при установлении степени вины и ответственности может только суд. В недалеком прошлом высказывалось мнение о том, что всякий анализ и оценка психических аномалий, не исключающих вменяемости, означают якобы признание уменьшенной вменяемости. Между тем концепция уменьшенной вменяемости является лишь одним из аспектов трактовки психических аномалий, и притом, с нашей точки зрения, она неправильна.

Мы уже указывали на различное соотношение социальных и биологических факторов в поведении вменяемых и невменяемых.

людей, чем и обусловливается качественное отличие состояний вменяемости и невменяемости. Понятие уменьшенной вменяемости как промежуточного состояния неправомерно, так как оно неизбежно связано с переоценкой биологических моментов в общественном поведении человека и снимает качественные различия между вменяемостью и невменяемостью. Даже если уменьшенную вменяемость считать вариантом вменяемости, что имеет место в законодательстве ряда стран, то необходимо всегда помнить, что вменяемость есть предпосылка вины, следовательно, уменьшенная вменяемость влечет обязательное уменьшение вины, а значит, и наказания. При таком ее толковании любая психическая аномалия фактически рассматривается совершенно абстрактно и изолированно, без учета других особенностей личности и обстоятельств преступления, как обязательное условие, уменьшающее вину и наказание. Признавать уменьшенную вменяемость — значит судить о юридических последствиях антисоциального поведения вменяемого человека, о степени его вины и размерах наказания с учетом только психических аномалий, без оценки ведущих социальных детерминант личности и разнообразных отягчающих и смягчающих вину обстоятельств.

Таков юридический аспект этой проблемы. Не менее существенны возражения против уменьшенной вменяемости с судебно-психиатрической точки зрения. Границы понятия уменьшенной вменяемости чрезвычайно расплывчаты и неопределенны, с этим вынуждены согласиться даже ее сторонники. К уменьшенно вменяемым предлагают относить тех обследуемых, у которых имеются достаточно выраженные психические аномалии, не исключающие, однако, вменяемости. Фактически это такие случаи, когда трудно решить, вменяемо или невменяемо данное лицо, как это всегда бывает при выраженных аномалиях, не достигающих степени психоза.

Вместо стремления определить как можно точнее вменяемость или невменяемость таких обследуемых предлагают относить к группе уменьшенно вменяемых. Как указывал В. П. Сербский, признание уменьшенной вменяемости свидетельствует о том, что эксперты не дали себе труда вникнуть в психическое состояние обвиняемого, в характер и глубину психических нарушений. Признание уменьшенной вменяемости означает, что не только устраняется стремление к четкой и точной оценке психического состояния каждого обследуемого, но и прекращаются дальнейшая научная разработка и совершенствование судебно-психиатрической оценки отдельных клинических форм.

Не случайно этой труднейшей проблеме судебной психиатрии, изучение которой является заслугой главным образом советской

судебной психиатрии, уделяется очень мало внимания в тех странах, где в законодательство введена уменьшенная вменяемость. Основная тяжесть вопроса о значении психических аномалий, не исключающих вменяемость, относится к периоду отбывания наказания, при этом имеются в виду медицинские мероприятия в исправительно-трудовых учреждениях (Г. В. Морозов, 1970).

Это положение является важнейшим с точки зрения значения психических аномалий, не исключающих вменяемости. Анализ таких аномалий, осуществляемый экспертами для суда, необходим также и для последующего периода — исполнения приговора, т. е. пребывания такого лица в исправительно-трудовых учреждениях. Речь идет о системе исправительно-трудовых и психопрофилактических мероприятий в отношении лиц с психическими аномалиями. Эти лица нуждаются в создании наиболее благоприятных условий для компенсации психической недостаточности, предупреждения ухудшения состояния и адаптации к режиму исправительно-трудовых учреждений в целях наиболее эффективного включения в систему трудовых и воспитательных мероприятий.

Судебно-психиатрическая оценка психических заболеваний, возникших после совершения преступления

Возможность возникновения психического заболевания после совершения преступления, но еще до вынесения приговора, предусмотрена ч. 2 ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик. Эти заболевания требуют отграничения от состояний невменяемости прежде всего с правовой точки зрения, так как при невменяемости нет преступления, а есть общественно опасное действие психически больного. Если лицо действовало во вменяемом состоянии, а позднее заболело психически, имеет место преступление со всеми вытекающими из него моральными и юридическими последствиями. Обществу и государству не безразлично, имеют ли они дело с преступником, заболевшим психически, или с психически больным, совершившим в период психоза какие-либо опасные действия.

Хотя критерий, указанный в ч. 2 ст. 11 Основ, сформулирован по существу так же, как и юридический критерий невменяемости (в одном случае не могло, в другом было лишено возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими), их содержание не идентично. Критерий, указанный в ч. 2 ст. 11 Основ, более широк. В последнем случае речь идет о невозможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить своим

поведением не применительно к какому-либо конкретному деянию. Имеется в виду неспособность сознавать и осуществлять права, предоставляемые законом обвиняемому, правильно воспринимать данные предварительного следствия и судебного разбирательства и т. п. и активно пользоваться этими данными. Поэтому наличие текстуально одинаковых формулировок не дает никаких оснований для такого юридически неправильного понятия, как «вменяемость в настоящее время» или «вменяемость в обычном состоянии», которые иногда встречаются в определениях судов. Эти термины противоречат понятию о вменяемости и вине.

Задачи освидетельствования при возникновении заболевания после преступления иные, чем при определении невменяемости. В числе вопросов, которые встают перед экспертом, одним из наиболее сложных является вопрос о прогнозе. Экспертное заключение в этих случаях можно дать только на основании ретроспективной оценки психического состояния в момент совершения преступления, установления начала болезни и особенностей ее течения.

Хотя ч. 2 ст. 11 Основ предусматривает только один медицинский критерий — «душевную болезнь», практика показала, что фактически он объединяет две группы заболеваний, возникающих после преступления: те, которые заканчиваются полным выздоровлением, и прогрессирующие, приводящие к необратимым дефектам, в том числе и к явно выраженному слабоумию. В ч. 2 ст. 11 Основ не содержится специальных указаний по поводу необратимых психических расстройств, которые влекут за собой прекращение уголовного дела. Они предусмотрены с. 409 и 412 УПК РСФСР.

Заболевания, возникающие после преступления и заканчивающиеся полным выздоровлением, не представляют значительных затруднений. Лица, перенесшие такие заболевания, как реактивные состояния, острые алкогольные или инфекционные психозы, по выздоровлении могут понести наказание. Трудности возникают лишь при распознавании природы болезненного состояния и отграничении их от процессуальных заболеваний.

Более трудны для экспертизы прогрессирующие заболевания, приводящие к тому или иному необратимому дефекту психики. Помимо диагностических затруднений, данные случаи выдвигают вопросы прогноза и тяжести (глубина) дефекта. Это не только тяжелые, хронические психозы со стойкой продуктивной симптоматикой или исходные состояния с явлениями слабоумия, это также заболевания, не полностью обратимые, оставляющие после себя психические дефекты различной тяжести, и заболевания, принимающие не только затяжной, но и упорно рецидивирующий

характер, как это бывает при частых приступах маниакально-депрессивного психоза и в отдельных особенно тяжелых случаях затяжных реактивных состояний при возобновлении травмирующей ситуации.

Тяжелые заболевания со стойкой продуктивной психической симптоматикой, как и состояния исходного слабоумия, не вызывают каких-либо сомнений или трудностей при судебно-психиатрической оценке. Этого нельзя сказать о таких психических изменениях, которые наступают после острого периода болезни, когда явления дефекта кажутся нерезко выраженными и сочетаются с так называемой внешней сохранностью, с формально правильной ориентировкой в окружающем, с сохранившимися профессиональными навыками. Между тем эти психические отклонения в ряде случаев (в первую очередь при шизофрении, сосудистых заболеваниях, после пресенильных психозов и др.) свидетельствуют о значительных изменениях личности.

При таких выраженных дефектах больной лишается способности оценивать окружающую ситуацию и совершенное им ранее преступление так, как он мог бы это сделать до болезни; он не может столь хорошо учитывать все данные предварительного и судебного следствия, а именно эти способности необходимы для осуществления основного права обвиняемого — права на защиту самого себя в процессе следствия и суда. Таким образом, очень важна сравнительная оценка преморбидной личности (следовательно, и психического состояния в момент преступления) и состояния больного ко времени экспертизы.

Прогностические возможности в отношении некоторых болезненных состояний (затяжные реактивные психозы, состояния декомпенсации у больных с сосудистыми нарушениями и др.) пока еще ограничены, и не следует торопиться с заключением об их необратимости. В ряде случаев целесообразно направить больных на принудительное лечение, с тем чтобы при последующих переосвидетельствованиях вынести окончательное заключение о стойкости и необратимости болезненных расстройств психики.

Литература

Ленин В. И. Что такое «друзья народа» и как они воюют против социал-демократов? Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 1, с. 125—346.

Ленин В. И. Материализм и эмпириокритицизм. Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 18, с. 7—384.

Бунеев А. Н. О судебно-психиатрической экспертизе состояний опьянения.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1955, № 1, с. 54—57.

Кандинский В. Х. К вопросу о невменяемости. М., 1890, 283 с.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. Т. 1. М., 1901, 677 с. (Издание общества для пособия нуждающимся студентам Московск. ун-та).
Крафт-Эбинг Р. Судебная психопатология. Спб., 1895, 672 с.
Кудрявцев В. Н. Проблемы причинности в криминологии.—«Вопр. философии», 1971, № 10, 76—88 с.
Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М., «Медицина», 1966, 236 с.
Лунц Д. Р. Актуальные вопросы проблемы невменяемости. Материалы конференции (20—22 декабря 1971 г.). М., 1971, с. 23—31.
Морозов Г. В. 50 лет деятельности Института и задачи советской судебной психиатрии. Материалы конференции (20—22 декабря 1971 г.). М., 1971, с. 3—19.
Осипов В. П. Вопросы нормы и патологии в психиатрии.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1939, № 1, с. 3—18.
Сербский В. П. Судебная психопатология. Т. 1. М., 1895, 224 с. Т. II. М., 1900, 481 с.
Сербский В. П. О судебно-психиатрической экспертизе.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1905, кн. 5, с. 858—874.
Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. М., Госполитиздат, 1947, с. 642.

Erhardt H., Villinger W. Forensische und administrative Psychiatrie.—In: Psychiatrie der Gegenwart. B. 3. Springer Verlag Berein-Göttingen-Heidelberg, 1961, S. 181—350.
Handbuch der forensischen Psychiatrie. Herausgegeben von H. Göppinger und H. Witter. B. I und II. Springer Verlag 1 Berlin—Heidelberg, New York, 1972, S. 1693.
The mentally abnormal offender. Ed. A. V. S. de Reuck and Ruth Porter. London, 1968, p. 260.
Щипковенски Н. Основни проблеми на съдебната психиатрия. София, «Медицина и физкултура», 1973, с. 237.

Глава 4

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших

Уголовное право отводит большое место показаниям свидетелей как одному из видов доказательств в процессе предварительного и судебного следствия. На свидетельских показаниях зачастую основываются обвинение и приговор. В связи с такой важностью свидетельских показаний чрезвычайно ответственной является оценка их достоверности. Даже добросовестный свидетель, стремящийся как можно точнее изложить события, очевидцем которых он был, не застрахован от искажения фактов. Непроизвольные ошибки свидетелей зависят от множества причин,

влияющих на правильность восприятия и воспроизведения обстоятельств, интересующих суд и следствие. К таким причинам в первую очередь относится воздействие эмоций, нарушающее точность запечатления в памяти и последующего изложения событий. Ясно, что очевидец, тем более потерпевший, не остается безразличным к правонарушению, свидетелем или жертвой которого он оказался. Имеют значение также внимание и память свидетеля. Стремление постичь особенности непроизвольных ошибок в таких условиях заставило изучать психологию свидетельских показаний. Изучение этой проблемы позволяет суду подойти к оценке достоверности показаний, выработать тактику допроса в отношении тех или иных лиц.

Свидетелями и потерпевшими могут оказаться заведомо психически больные или лица, вызывающие сомнения в психической полноценности. В таких случаях работники суда и следствия прибегают к медицинской оценке психического состояния этих лиц и их способности давать показания.

Вопрос о достоверности показаний свидетелей лежит вне компетенции экспертов-психиатров. Эксперт-психиатр может оценить лишь психическое состояние человека. Наиболее правильно ставить вопрос перед экспертами в такой форме: «Страдает ли свидетель психическим заболеванием? Если страдает, то мог ли он правильно понимать происходящие события и может ли давать сведения о них?» Такой вопрос концентрирует внимание на наличии психического заболевания, а не на особенностях и содержании показаний свидетеля. Я. М. Калашник (1955) считал, что ответ на такой вопрос может быть только альтернативным.

Психически больной, особенно когда он является потерпевшим, может быть единственным свидетелем. В этих случаях раньше эксперты-психиатры нередко выносили заключение о том, что показания душевнобольного могут приниматься во внимание, если они подтверждаются другими материалами дела и не противоречат им. Такой вывод неправомерен.

Прежде всего такое заключение относится к показаниям обследуемого, а не к его состоянию. Следствием подобного заключения является возможность участия психически больного свидетеля в судебном разбирательстве, что явно нецелесообразно, так как может неблагоприятно отразиться на состоянии больного. Кроме того, если показания такого свидетеля находят подтверждение в ряде других данных по делу, то эти показания уже не являются необходимым звеном в цепи доказательств. И, наконец, главное — показания психически больного могут отражать патологические переживания, быть бредовым истолкованием происходивших событий. Такие показания могут иметь значительные искажения из-

за повышенной внушаемости, нарушений памяти и интеллекта. Показания психически больных свидетелей могут носить черты оговора и самооговора вследствие психических нарушений. Приведем пример оговора на почве бредовых переживаний.

Обследуемая К. заявила в прокуратуру, что была изнасилована врачом-окулистом во время осмотра. Установлено, что К. больна шизофренией. Наряду с выраженными кататоническими явлениями у нее отмечены бредовые идеи любовного очарования, воздействия. Она уже несколько лет «слышала голос» этого врача (он ее сосед по дому), который объяснялся ей в любви, обещал жениться, говорил о ее необычайной красоте. Испытывала сенестопатические ощущения в области половых органов. Как выяснилось, на прием к окулисту пришла без особых оснований, вела себя во время осмотра странно: утрированно кокетничала, вздыхала, что-то невнятно бормотала.

Заключение: к показаниям К. следует относиться как к показаниям психически больного человека.

Реальное событие может получать патологическую интерпретацию, исключающую в конечном счете возможность участия больного в следственных действиях.

Обследуемая М. была изнасилована двумя мужчинами. Это подтверждается рядом сведений, в том числе признанием подозреваемых на первых допросах. Показания М., кроме фактических данных об изнасиловании, совпадающих с иными сведениями по делу, содержат бредовые высказывания о том, что преступники действовали по наущению ее бывшего мужа, соседей, с которыми она ссорится много лет. В дальнейшем М. говорила, что изнасилование организовано работниками прокуратуры, чтобы добиться ее выселения из этой местности. М. пишет многочисленные заявления, в которых обнаженно, в циничных выражениях, описывает происшедшее и высказывает угрозы в адрес многих лиц, якобы заинтересованных «позорить» ее.

Заключение: к показаниям М. в связи с наличием у нее психического заболевания — шизофрении с бредовым синдромом — следует относиться как к показаниям психически больного человека.

В приведенных примерах однозначное решение вопроса относительно не сложно. Гораздо труднее решить его в случаях пограничных состояний. При психопатии со склонностью к фантазированию, травматических поражениях головного мозга в отдаленных стадиях и при других подобных состояниях способность правильно воспринимать происходящие события и воспроизводить их обычно сохраняется. Более сложно оценить ремиссию при шизофрении. Здесь надо исходить из глубины и качества ремиссии, наличия или отсутствия патологических толкований, остаточного бреда. Однозначный подход в этих случаях был бы нецелесообразен. Больные шизофренией в состоянии стойкой ремиссии без выраженного дефекта обычно способны давать свидетельские показания. Вместе с тем следует избегать участия таких лиц в

судебном разбирательстве, так как обстановка суда может быть для них излишне травмирующей. Оценка психического состояния лиц с олигофренией, оказавшихся жертвами сексуальных правонарушений, в отношении возможности давать показания сложна. В первую очередь приходится учитывать степень интеллектуальной недостаточности и повышенную внушаемость. В таких случаях целесообразно наряду с клиническим психиатрическим осмотром проводить патопсихологическое обследование, позволяющее более точно оценивать психический дефект. Неглубокая дебильность при сохранении способности контролировать свои поступки обычно не препятствует даче показаний. Вместе с тем в таких случаях имеют значение психопатоподобные расстройства, сопутствующие основному дефекту. Если обнаруживается связанная с этими расстройствами лживость, расторможенность сексуального влечения, то анализ поведения подэкспертной становится особенно сложным. Можно предполагать, что снижение возможности руководить своими поступками в этих случаях мешает способности правильно оценивать и воспроизводить обстановку. В этих случаях также приходится выносить заключение о том, что к показаниям таких лиц следует относиться как к показаниям психически больных, несмотря на формально неглубокий интеллектуальный дефект.

Обследуемая Ш. с умеренно выраженной дебильностью хорошо работает в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологическом диспансере, окончила вспомогательную школу. Ш. неоднократно вступала в половые связи с солдатами. После одного из таких эпизодов обратилась к командиру части с жалобой, что была изнасилована солдатом М. Было установлено, что Ш. в этот день была в связи с К., а потом с М.; со смехом и циничными подробностями рассказывала об этом. На вопрос, почему она обвиняет М., Ш. ответила, что он «грубый и некрасивый, а К.— хорошенький мальчик», поэтому она хочет, чтобы М. наказали.

Если обследуемый страдает средне выраженной дебильностью, особое внимание нужно уделять повышенной внушаемости. В этих случаях очень важен правильно построенный допрос на предварительном следствии. К сожалению, протоколы допросов, с которыми знакомятся эксперты, зачастую составлены так, что не удается уловить, какие вопросы и в какой форме ставились перед свидетелем или потерпевшим, как формулировался вопрос. На освещение фактов влияет также присутствие на допросах родителей. Отношение родителей к делу, заинтересованность в его исходе отражаются на поведении потерпевшего.

Обследуемая К., 17 лет, была неспособна к обучению в массовой школе, воспитывалась в школе-интернате для умственно отсталых детей, с трудом осваивала программу, к 17 годам училась в 6-м классе. По наблю-

дениям воспитателей, несмотря на явное отставание в физическом развитии, проявляла повышенный интерес к мальчикам, часто уединялась с ними. В связи с тем, что несколько раз надолго исчезала с мальчиками, в школе была дважды осмотрена гинекологом. При втором осмотре установлено нарушение девственной плевы. От объяснений по этому поводу К. уклонилась, а спустя несколько дней вместе с матерью явилась в прокуратуру с заявлением, что была изнасилована соседом по квартире. Семья К. давно и постоянно ссорится с соседом. К. давала показания в присутствии матери, в дальнейшем неоднократно их меняла. При судебно-психиатрической экспертизе выявлен крайне малый запас знаний, с трудом формулирует свои мысли. При расспросе в присутствии матери, путаясь в деталях, утверждает, что сосед ее изнасиловал. Несмотря на замечания, мать все время кивает головой, подсказывает дочери. Беседуя с врачами без матери, К. говорит об этом эпизоде еще более путано, плачет, просит позвать маму, «тогда все вспомнит».

Заключение: К. обнаруживает признаки олигофрении. Из-за низкого интеллекта и повышенной внушаемости давать показания не может, к ним надо относиться как к показаниям психически больной.

Трудно оценить психическое состояние потерпевших, перенесших черепномозговую травму и дающих показания о моменте этой травмы. Вследствие потери сознания и ретроградной амнезии сообщаемые ими сведения нередко бывают неверными. Впоследствии такие больные часто заполняют исчезнувший из памяти отрезок времени ложными воспоминаниями, домыслами на основании обстоятельств дела (со слов следователя, родных и знакомых) и сообщают эти искаженные сведения, искренне считая их истинными. Возникают трудно устранимые противоречия, особенно тогда, когда потеря сознания после травмы была кратковременной.

Обследуемый М. утверждал, что он нанес удар ножом, обороняясь от нескольких нападавших. Установлено, что вначале на М. напал один человек; М. ударил его ножом и уже после этого М. был избит прибежавшими на шум знакомыми раненого. Сам М. считает, что сознания не терял. Из медицинской документации больницы, куда он был доставлен, известно, что у него были рвота, положительный симптом Кернига, легкое оглушение. Диагноз: сотрясение мозга, подозрение на перелом основания черепа.

Заключение: состояние М. после нанесения им удара ножом следует рассматривать как период расстроенного сознания вследствие травмы черепа. К показаниям М. о событиях перед правонарушением следует относиться как к показаниям психически больного из-за признаков ретроградной амнезии.

Для следствия в таких случаях важно установить период, о котором потерпевший не может давать достоверные показания. При решении такого вопроса необходимы тщательно собранные материалы дела о поведении и состоянии лица в момент нанесения травмы и непосредственно после нее. Объективные сведения нужно сопоставить с сообщением обследуемого на экспертизе.

В некоторых случаях эксперты могут отказаться от попытки точно установить события, на которые распространяется амнезия после травмы.

Вопрос о времени, с которого в показаниях могут отражаться болезненные проявления, нередко возникает в случаях реактивного психоза. Реактивное состояние может привести к искажению сведений, к оговору и самооговору. О реактивном генезе некоторых оговоров и самооговоров писали Л. Я. Штиллер (1938), И. Н. Введенский и Т. И. Алфимова (1944). Обычно специального освидетельствования больных с реактивными состояниями по поводу их показаний не назначают или назначают крайне редко в отношении потерпевших, у которых психогенное заболевание возникло после происшествия. Чаще вопрос об отношении к показаниям в связи с реактивными психозами возникает уже после установления экспертами временного болезненного состояния и касается сведений, сообщенных этими лицами на предварительном следствии. Чтобы исключить дополнительную экспертизу, целесообразно указывать, с какого момента возникло психотическое состояние, не позволяющее относиться к показаниям данного лица как к показаниям психически здорового. Обычно эксперт может установить начало заболевания по материалам уголовного дела и другим данным.

Весьма трудной является судебно-психиатрическая экспертиза при так называемых беспомощных состояниях. Вопрос о беспомощном состоянии возникает преимущественно в отношении потерпевших по делам об изнасиловании. Под беспомощным состоянием потерпевшей подразумевается невозможность в силу физического или психического дефекта понимать характер совершаемых с нею действий, руководить своими поступками или оказывать сопротивление. Приводящими к беспомощности считаются сон, обморок, гипнотическое состояние, сильное опьянение, слабоумие и заведомая психическая болезнь (Комментарий к УК РСФСР).

Констатация «беспомощности» относится к компетенции юристов, так же как окончательное признание о невменяемости, — к компетенции суда. Эксперт-психиатр может лишь ответить на вопросы о психическом состоянии потерпевшей в момент криминального действия. Беспомощное состояние вследствие сна или гипноза весьма сомнительно, так как действия насильника должны вызвать пробуждение (М. И. Райский, 1953). Выраженное слабоумие или психическое заболевание обычно установить нетрудно. Гораздо труднее ответить, могла ли потерпевшая в состоянии сильного опьянения осознавать действия обвиняемого и руководить своими поступками. В этих случаях чаще всего и назна-

чается экспертиза потерпевших. При оценке беспомощного состояния потерпевшей не имеет значения, сама ли она привела себя в состояние опьянения или это произошло при побуждении другими лицами (Комментарий к УК РСФСР). Такие физические признаки опьянения, как выраженные нарушения походки и речи, тошнота и рвота, последующий сон, являются объективными признаками отравления алкоголем. К ним относится и обычная в таких случаях амнезия. Большое значение имеют особенности поведения потерпевшей в это время, которые позволяют оценивать ее поступки как результат обусловленного интоксикацией изменения ориентировки в окружающем и оценки происходящих событий. К ним относятся несвойственная обычно потерпевшей расторможенность, сменяющаяся апатией, безразличием, безучастное отношение к совершаемым с нею действиям, отсутствие реакции на происшедшее, в частности, попыток скрыть признаки имевшего место полового акта.

Обследуемая С., 23 лет, в праздничный день выпила в компании около 200 г вина и 100—150 г водки. Столько алкоголя она выпила впервые. Возвращаясь с друзьями домой, беспричинно смеялась, пела, производила впечатление очень пьяной. Свернула на тропинку в сторону своего дома. Дальнейших событий не помнит. Пришла в себя наутро дома, обнаружила грязную окровавленную одежду, чувствовала боль в области половых органов. С. поняла, что была изнасилована. Кто ее изнасиловал — не знала, в дальнейшем не смогла показать место происшествия, опознать обвиняемых на очной ставке. Обвиняемые показали, что встретили С. на опушке леса, неподалеку от ее дома. Она шаталась, падала, что-то бормотала. Один из них заговорил с ней. Она ничего не отвечала и присела у стога сена. Обвиняемый сел рядом с ней, повалил ее, поднял платье и начал совершать половой акт. В этот момент С. обмочилась, и он ударил ее по лицу. С. молчала, не сопротивлялась. С. вела себя так же безучастно, когда с ней совершал половой акт второй мужчина, потом что-то невнятно сказала, босиком отошла в сторону, у нее началась рвота. Затем С. легла около стога сена и уснула. По словам родителей, они обнаружили дочь спящей в стоге сена, привели ее домой. Она ничего не говорила, сразу же легла спать. Утром ничего не могла рассказать о происшедшем, говорила, что припоминает только, как кто-то ударил ее по лицу.

Заключение: С. находилась в состоянии выраженного алкогольного опьянения, в связи с чем не могла понимать характер совершаемых над ней действий и не могла руководить своими поступками.

Утверждения потерпевшей о том, что она не помнит происшедшего, не всегда свидетельствуют о беспомощном состоянии в результате опьянения. Они могут быть обусловлены нежеланием дать правдивые показания по делу. Следует принимать во внимание все данные о поведении потерпевшей в состоянии опьянения. Нужно учитывать также некоторые особенности личности потерпевшей вне опьянения, ее антисоциальные установки и сексуальную просвещенность, которые могут оказывать известное влияние

на поступки в состоянии опьянения. При отмеченной в материалах дела чрезмерной кокетливости, повышенном интересе к мужчине, впоследствии обвиняемому в изнасиловании, беспомощное состояние женщины во время полового сближения крайне сомнительно. Видимо, в таких случаях скорее следует считать, что обследуемая осознавала совершаемые с нею действия и могла руководить своими поступками. Экспертиза так называемого беспомощного состояния потерпевших разработана еще недостаточно, она требует дальнейшего изучения и выработки более четких критериев.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших имеет специфические особенности, отличающие этот вид экспертизы от определения невменяемости и дееспособности.

Литература

Введенский И. Н., Алфимова Т. Н. Самооговоры психически неполноценных и их судебно-психиатрическая оценка.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Вып. IV. М., 1944, с. 137—154.

Доршт А. Я., Крючкова Р. С. Об оценке беспомощного состояния при простом алкогольном опьянении в судебно-психиатрической практике. — «Практика судебно-психиатрической экспертизы». Вып. 17. М., 1970, с. 80—88.

Калашник Я. М. Особенности психиатрической экспертизы свидетелей.— В кн.: Советская криминалистика на службе следствия. Вып. 6. М., 1955, с. 153—173.

Калашник Я. М. Практика судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших.— В кн.: Практика судебной психиатрии. Вып. II. М., 1960, с. 109—116.

Райский М. М. Судебная медицина. М., 1953, 467 с.

Шостакович Б. В., Горева М. М., Мазуро Г. Д. Некоторые спорные вопросы судебно-психиатрической оценки состояния алкогольного опьянения потерпевших.—«Практика судебно-психиатрической экспертизы». Вып. 17. М., 1970, с. 75—80.

Шостакович Б. В. Судебно-психиатрическая оценка состояния алкогольного опьянения потерпевших. Практика судебно-психиатрической экспертизы. Вып. 21. М., 1973, с. 18—22.

Штиллер Л. Я. Самооговоры и их судебно-психиатрическое значение.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. М., 1938, с. 289—303.

Глава 5

Психиатрическое освидетельствование осужденных

Психиатрическая служба в исправительно-трудовых учреждениях, где отбывают наказание лица, осужденные за совершение преступлений, имеет две основные задачи: своевременное выяв-

ление тех форм психических расстройств, которые препятствуют пребыванию в исправительно-трудовых учреждениях, т. е. отбыванию наказания, и осуществление профилактических и лечебных мероприятий в отношении лиц с психическими аномалиями, не подлежащих освобождению от наказания. Обе эти задачи имеют непосредственное отношение к деятельности судебных психиатров, так как связаны с судебно-психиатрической экспертизой и профилактикой общественно опасных действий психически больных. Эти мероприятия своей конечной целью имеют охрану прав психически больных и социальную реабилитацию лиц с психическими аномалиями, в связи с чем психиатрическая служба в исправительно-трудовых учреждениях является лишь одной из форм психиатрической помощи и профилактики психических расстройств.

Первую из указанных задач законодательно определяют ст. 362 УПК РСФСР и аналогичные статьи УПК других союзных республик. Ст. 362 УПК РСФСР гласит: «В случае когда лицо, осужденное к лишению свободы, во время отбывания наказания заболело хронической душевной или иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, суд по представлении администрации исправительно-трудового учреждения на основании заключения врачебной комиссии вправе вынести определение об его освобождении от дальнейшего отбывания наказания.

При освобождении от дальнейшего отбывания наказания осужденного, заболевшего хронической душевной болезнью, суд вправе применить принудительные меры медицинского характера или передать его на попечение органов здравоохранения».

Таким образом, закон устанавливает психиатрическое освидетельствование осужденных, вызывающих сомнение в их психическом здоровье, для признания или отрицания хронической психической болезни. Судебно-психиатрическую экспертизу осужденных и их психиатрическое освидетельствование разграничивает Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР. Экспертизу назначают органы дознания, следствия и суд, а освидетельствование применительно к ст. 362 УПК РСФСР осуществляется по предложению администрации исправительно-трудовых учреждений и проводится врачебными комиссиями, создаваемыми обычно медицинской службой этих учреждений. Однако не исключается осуществление этого вида психиатрической помощи и врачебными комиссиями, прежде всего судебно-психиатрическими, в учреждениях здравоохранения. Основанием для этого служит необходимость совместного решения вопросов о вменяемости и возможности отбывания наказания. Прежде всего это касается осужденных, которые во время отбывания наказания совершают те или иные противоправные действия. Такие действия

иногда являются выражением неправильного поведения, обусловленного развившейся психической болезнью. При этом невменяемость в отношении данного деяния может быть следствием как развившейся хронической душевной болезни, так и временного расстройства; последнее, определяя невменяемость в отношении данного деяния, не влечет ст. 362 УПК РСФСР.

В исправительно-трудовые учреждения могут попадать и психически больные, которые до осуждения не проходили судебно-психиатрическую экспертизу или были ошибочно признаны вменяемыми. Чаще всего это больные медленно текущими формами шизофрении с внешне упорядоченным поведением и диссимуляцией, больные различными органическими поражениями головного мозга, тяжесть которых недооценили, а также больные с волнообразным течением заболевания, при котором могло быть явное ухудшение в момент совершения правонарушения. При освидетельствовании осужденных психиатры фактически ретроспективно устанавливают состояние невменяемости.

Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР в п. 12 предусматривает, что в таких случаях врачи-психиатры могут в своем заключении указать на это обстоятельство с тем, чтобы информировать надзорные инстанции о необходимости судебно-психиатрической экспертизы.

Осужденные, подпадающие под действие ст. 362 УПК РСФСР,— это чаще всего больные с умеренно прогредиентными или злокачественно текущими заболеваниями, которые могут возникать во время отбывания наказания (шизофрения или медленно развивающиеся болезненные процессы — атеросклероз головного мозга, сифилис мозга, эпилепсия и др.) или были нерезко выражены в период совершения правонарушения и не исключали вменяемости, но в своем дальнейшем течении вызывают все больше необратимых изменений. Сдвиги в сторону более прогредиентного течения наблюдаются при отбывании наказания, по-видимому, в результате воздействия психогенно-ситуационных факторов. Изменения, возникшие после временного обострения основного заболевания под влиянием психогенных и соматогенных факторов, не всегда бывают полностью обратимыми. Таковы, в частности, некоторые длительные психогенные декомпенсации при органических поражениях головного мозга, психические изменения после соматических заболеваний, ранее не наблюдавшиеся приступы расстройств сознания при эпилепсии и др.

В условиях отбывания наказания иногда наблюдаются психогенная окраска клинической картины, ситуационное содержание патологических переживаний, в частности бредовых идей, что может привести к недооценке тяжести и стойкости психических

изменений, их ошибочной трактовке как временных психогенных расстройств.

При шизофрении неправильное поведение больных нередко связано с отсутствием учета ситуации, с некритичным отношением к факту осуждения. Однако неправильное поведение проявляется вначале в таких формах, которые внешне выглядят как ситуационно обусловленный протест: многочисленные письменные жалобы и заявления о своей невиновности, отказы от работы или от пищи, попытки к побегу или членовредительству. При клиническом обследовании выявляются расстройства мышления в форме его аморфности и паралогичного резонерства. Патологическая мотивация указанных поступков нередко связана с бредовыми идеями.

Такое неблагоприятное течение шизофрении следует отличать от временных ситуационно обусловленных состояний ухудшения, при которых больных необходимо направлять на лечение в психиатрические отделения больниц системы исправительно-трудовых учреждений. На этих больных не распространяется действие ст. 362 УПК РСФСР. В первую очередь это относится к подавляющему большинству реактивных состояний и к различным проявлениям динамики психопатий, за исключением такого патологического развития личности, которое по стойкости и тяжести приравнивается к психическому заболеванию, например, некоторые формы паранойяльного развития.

В случаях, трудных для дифференциальной диагностики и прогноза, требуется как бы двухступенчатое решение вопроса о применении ст. 362 УПК РСФСР. Вначале таких больных следует направлять на лечение в психиатрические стационары медицинской службы исправительно-трудовых учреждений, с тем чтобы в процессе активной терапии и стационарного наблюдения решить вопрос о возможности применения ст. 362 УПК РСФСР. Особенно труден вопрос об освобождении от наказания лиц с нерезко выраженными стойкими изменениями психики при периодически повторяющихся острых психотических состояниях (сумеречные состояния при эпилепсии и органических поражениях головного мозга). Установление в условиях стационара повторяющихся психотических состояний, тем более острых, внезапно возникающих, говорит о необходимости применения к такому больному ст. 362 УПК РСФСР. Однако следует помнить об истерических формах поведения и симулятивных тенденциях.

Психиатрическая медицинская помощь в исправительно-трудовых учреждениях касается также осужденных, которые, несмотря на наличие патологических черт психики, были справедливо признаны вменяемыми и по своему психическому состоянию

могут отбывать наказание. Прежде всего выявляют лиц с временными расстройствами психической деятельности, нуждающихся в лечении в психиатрических учреждениях, и лиц с пограничными состояниями, нуждающихся в психопрофилактической помощи.

Профилактические мероприятия заключаются не только в периодических амбулаторных осмотрах специалистом-психоневрологом. Не менее важно активное вовлечение этих лиц в трудовую деятельность с учетом их специальности и склонностей и в культурно-просветительные мероприятия. В воспитательной работе с такими лицами медицинская служба оказывает консультативную помощь.

Психопрофилактическая работа способствует не только компенсации психических аномалий у некоторых лиц, отбывающих наказание. Она помогает своевременно выявить стертые, феноменологически нерезко выраженные психические нарушения, требующие стационарного лечения, в том числе и препятствующие дальнейшему отбыванию наказания.

Глава 6

Меры медицинского характера по предупреждению общественноопасных действий психически больных

Общественно опасные действия психически больных

Советское государство и общество стремятся к предотвращению любых общественно опасных действий. Лица, совершившие противоправные действия в невменяемом состоянии, обусловленном болезнью, не являются преступниками и не подлежат наказанию. Эти их действия сохраняют объективную сторону преступления — общественную опасность вследствие причинения вреда (ущерба) социалистическому правопорядку. Но они лишены субъективной его стороны — вины, поскольку при невменяемости психическая болезнь лишает человека способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Общественно опасные действия психически больных не могут быть вменены им в вину, а применение наказания было бы неадекватно существу этих действий, так как оно не соответствовало бы своим целям и противоречило бы принципам гуманизма. Опасные действия психически больных во многом определяются осо-

бенностями психопатологических расстройств. Однако это не означает, что при невменяемости всегда обязательны прямые причинно-следственные связи между симптомами болезни и опасными действиями. Наряду с убийствами под влиянием бреда или повелительных галлюцинаций, где такая причинно-следственная связь несомненна, существуют и «корыстные» опасные действия, например, групповые хищения или мошенничества, в которых принимают участие явно невменяемые психически больные.

О реальных бытовых мотивах общественно опасных действий, характерных для слабоумных больных, говорят Hafner и Böker (1972) на основании своих эпидемиологических исследований, противопоставляя им преимущественно бредовые мотивы насильственных опасных действий, совершаемых больными шизофренией.

Положение о том, что поведение невменяемых определяется болезненными — психопатологическими факторами, надо понимать шире, в том смысле, что болезнь нарушила способность больного отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Связь психопатологической симптоматики с опасными действиями психически больных в одинаковой мере должна интересовать и психиатров, и юристов. Решение этого вопроса необходимо для понимания патологических механизмов опасных действий, для определения степени опасности этих больных, т. е. в конечном итоге для профилактики их противоправных действий.

Ведущими собственно психопатологическими факторами в генезе опасных действий, совершаемых больными, как по частоте, так и по значению являются бредовые синдромы различной структуры. Меньшую роль играют импульсивные побуждения, императивные галлюцинации, речедвигательное возбуждение.

Как показано в работах советских психиатров, общественная опасность психически больных, наибольшая вероятность совершения ими опасных действий по патологическим мотивам, особенно направленных против жизни и здоровья граждан, а также подпадающих под признаки хулиганства, зависит от сочетания определенных психопатологических симптомов и динамики клинической картины. Таковы, например, сочетания бредовых идей преследования и воздействия с аффективной напряженностью и сенестопатиями или бредовых идей с паралогичными умозаключениями и притуплением высших эмоций (А. М. Халецкий, 1962). При расстройствах сознания психомоторное возбуждение и аффект страха, сочетающиеся с фрагментарными бредовыми феноменами, могут приводить к нападениям на окружающих.

Если рассматривать этапы болезни с точки зрения их наибольшей «криминогенности» (в первую очередь это касается шизофре-

нии), то наиболее «криминогенными» представляются периоды усложнения бредового синдрома (Э. В. Яновская, 1967; В. М. Мартыненко, 1973), трансформация паранойяльного бреда в параноидный, когда особенно выражена диссимуляция параноидных расстройств (Д. Р. Лунц, 1964).

Для понимания психопатологических механизмов опасных действий в целях их профилактики необходимо также учитывать роль негативной симптоматики, которая далеко не однозначна. В одних случаях негативные расстройства, такие, как уплощение высших эмоций, интеллектуальное снижение, могут увеличивать общественную опасность больного, способствуя особой жестокости агрессивных действий, совершаемых под влиянием бреда. В других случаях негативные симптомы как выражение деструктивных тенденций болезненного процесса приводят к снижению психической активности, социальной дезадаптации больных, к потере ими социальных связей и последующему паразитическому образу жизни, что может сказываться в таких нарушениях правопорядка, как кражи и бродяжничество.

Отсутствие в ряде случаев невменяемости прямой причинно-следственной связи между симптомами болезни и опасным действием также имеет большое значение потому, что это обстоятельство указывает на значение внешних отрицательно действующих условий в поведении больных, в генезе их опасных действий. Выяснение роли таких внешних факторов, в том числе и социально-бытовых, так же как и знание психопатологических механизмов опасных действий, важно для понимания причин и условий, способствующих их совершению, и для назначения, проведения и прекращения мер медицинского характера и последующей реадаптации больных во внебольничных условиях.

Определенное значение имеют социально-психологические установки преморбидной личности больного, выработанные до болезни формы и навыки поведения. В некоторых случаях антисоциальные установки, имевшиеся до заболевания, сказываются, особенно в периоды ремиссий, в совершении повторных опасных действий.

Сохранные элементы психической деятельности больного (прошлые навыки и знания, внешне упорядоченное поведение, способность поддерживать контакт с окружающими и выполнять заранее задуманные намерения) могут иметь различное, подчас прямо противоположное значение. В одних случаях эта «частичная психическая сохранность» способствует лучшей социальной реабилитации больного, в других — повышает общественную опасность.

Для суждения об этом эксперты-психиатры должны располагать объективными анамнестическими сведениями и данными, ха-

рактеризующими обстоятельства дела и поведение больного до правонарушения, в момент его совершения и после него. Возникает вопрос о значении самого опасного действия для оценки общественной опасности больного и выбора мер медицинского характера. Это значение определяется не только самой фабулой дела как таковой, но и мотивами и психопатологическими механизмами, обусловившими действие, и показателями возможности повторного совершения общественно опасных поступков, в том числе под влиянием внешних воздействий на больного.

Установление степени общественной опасности больного, совершившего опасное действие в состоянии невменяемости, требует всестороннего выяснения всех обстоятельств совершения опасного действия, роли больного при этом и ряда других сведений, выходящих за пределы собственно клинической картины болезни (данные о связях больного с антисоциальными элементами, с соучастниками в случаях групповых правонарушений и т. д.).

Специального внимания заслуживают повторные общественно опасные действия психически больных. Изучение таких случаев отчетливо выявляет в их генезе переплетение собственно психопатологических факторов и различных внешних воздействий. На первый план выступают меры профилактики (Г. В. Морозов и др., 1960; А. И. Балташева, Т. А. Валюженич, 1967; С. М. Герасимова, 1972, и др.).

К непосредственно психопатологическим причинам совершения повторных опасных действий относятся обострения болезни с актуализацией для больного бредовых и галлюцинаторных расстройств, сенестопатиями, явления психического автоматизма, которые в течение того или иного времени были как бы инкапсулированными и дезактуализированными. Следует всегда помнить о «зашторенности» продуктивной психопатологической симптоматики при ремиссиях под воздействием терапии и возможности обострений при прекращении лечения во внебольничных условиях. Особое значение приобретает предупреждение преждевременной выписки больных, находящихся на лечении в психиатрических больницах, и проведение последующей поддерживающей (внебольничная) терапии.

Существенным фактором являются алкоголизм психически больных и нарушения поведения в состоянии опьянения, что нередко приводит к совершению опасных действий. Большое значение имеет социально-бытовая неустроенность психически больных и недостаточный надзор за ними со стороны их родственников и опекунов.

Различное сочетание указанных факторов определяет и разнообразие повторных опасных действий. В одних случаях эти дейст-

вия совершаются по типу «клише», что характерно для больных со стабилизированными дефектными состояниями, в других — под действием актуализации так называемых стержневых бредовых симптомов. Сходными бывают и объекты посягательства, как, например, при бреде ревности. В некоторых случаях и фабула опасного действия, и его психопатологические механизмы могут отличаться от предыдущего, что может быть связано с трансформацией ведущего синдрома.

В значительной части повторных опасных действий ясно выступает недостаточно активное наблюдение за больными и их лечением. Это касается и несвоевременной госпитализации при рецидивах болезни, социально-бытового неустройства и отрицательного влияния неблагополучной микросреды.

Значение отдельных болезней с точки зрения опасности, которую могут представлять больные, зависит от частоты (распространенности) этой болезни и особенностей психических расстройств, которые при ней наблюдаются.

Помимо психопатологических особенностей психозов, сказывающихся при совершении больными опасных действий, имеют значение собственно течение заболевания, темп развития болезненного процесса. Острое, бурное или медленное, постепенное начало психоза определяет различное поведение больных и соответственно разный характер совершаемых ими опасных действий. При различных заболеваниях по-разному проявляется роль внешних неблагоприятных факторов, прежде всего алкоголя и ситуационно-психогенных воздействий, которые то в большей, то в меньшей мере способствуют совершению больными опасных действий.

При изучении опасных действий психически больных возникает вопрос о том, не являются ли те или иные виды этих действий (убийства, хищения и т. п.) характерными для определенных заболеваний. Большой опыт судебно-психиатрической экспертизы показал, что в отношении большинства опасных действий какого-либо предпочтения и сродства между опасными действиями и нозологическими формами не наблюдается. Эти данные подтверждены методом многофакторного коррелятивного анализа (Bochink, Legewie, Otto, Wuster, 1965). Процентное соотношение между видами «преступлений» оказалось приблизительно одинаковым при шизофрении, эпилепсии и органических заболеваниях мозга.

Значительно более существенной является корреляция между психопатологическим состоянием больного к моменту совершения опасного действия и этим действием. Такова, например, связь между бредовыми синдромами, синдромами помрачения сознания с опасными действиями против жизни и здоровья граждан, часто-

та хулиганских действий психически больных в состоянии опьянения; бродяжничество и нарушения паспортного режима характерны для дементных больных. Эти данные указывают, что различное значение нозологических форм в проблеме опасных действий определяется частотой заболевания и особенностями ведущих синдромов и психопатологических механизмов, обусловливающих поведение больных.

Специальные профилактические мероприятия органов здравоохранения в отношении общественно опасных действий психически больных

Предупреждение опасных действий душевнобольных является не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой, в разрешении которой участвуют психиатры, юристы, работники органов Министерства внутренних дел СССР и представители административных и общественных организаций. Для предупреждения общественно опасных поступков психически больных нужны не только изоляция больных и их лечение, но и последующие мероприятия по их реадаптации и устранению тех факторов и условий, которые могут способствовать общественно опасным действиям психически больных.

Профилактика общественно опасных действий психически больных складывается из ряда мероприятий и осуществляется в первую очередь системой психиатрической помощи, хотя эта обязанность не снимается и с юридических инстанций и органов Министерства внутренних дел СССР.

Сеть внебольничных учреждений и стационаров, своевременное выявление заболевших психическими болезнями, систематическое наблюдение и лечение больных являются основными предпосылками предупреждения общественно опасных действий психически больных. Социальная реабилитация психически больных, их адекватное включение в общественную среду и трудоустройство имеют первостепенное значение. Непосредственное осуществление такой важнейшей социальной задачи психиатрической службы, как предупреждение общественно опасных действий, нуждается и в специальных мероприятиях. Прежде всего это введенный повсеместно (предложенный Институтом судебной психиатрии им. В. П. Сербского) особый учет психически больных, представляющих общественную опасность.

В соответствии с приказом министра здравоохранения СССР и министра внутренних дел СССР от 15 мая 1969 г. во всех психоневрологических диспансерах, отделениях и кабинетах заведены

картотеки на больных с общественно опасными тенденциями или действиями в анамнезе. В эту группу больных, подлежащих специальному учету, включаются те, кто ранее находился на принудительном лечении в связи с совершенным опасным действием, больные, подвергавшиеся неотложной госпитализации в связи с их общественной опасностью, а также впервые обнаруживающие по данным психиатрического наблюдения общественно опасные тенденции. За указанным контингентом больных предусматривается активное наблюдение с периодическим осмотром не реже одного раза в месяц.

Не менее важным является запрещение выписки из психиатрических стационаров психически больных на попечение родственников и опекунов, если к этому времени больные представляют по своему состоянию общественную опасность. Отказы в просьбах родственников и опекунов о выписке больных оформляются специальным решением врачебной комиссии.

Весьма существенной мерой предупреждения общественно опасных действий является неотложная госпитализация психически больных, представляющих общественную опасность. Правовым основанием такой госпитализации является ст. 36 Основ законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении, согласно которой специальные меры профилактики и лечение психически больных, представляющих опасность для окружающих, возлагаются на органы здравоохранения. Эта мера профилактики регламентирована Инструкцией по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность, Министерства здравоохранения СССР от 26/VIII 1971 г., согласованной с Министерством внутренних дел СССР и Прокуратурой СССР.

Неотложность госпитализации определяется общественной опасностью больного, обусловленной особенностями его болезненного состояния. Обобщающий перечень показаний к неотложной госпитализации приведен в инструкции (синдромы систематизированных бредовых идей, обусловливающие общественно опасное поведение больного; ипохондрические бредовые состояния, обусловливающие агрессивное отношение больного к окружающим; острые психотические состояния с психомоторным возбуждением при склонности к агрессивным действиям и т. д.).

Для уточнения показаний к неотложной госпитализации и обеспечения правовых гарантий больных в инструкции указано, что непсихотические формы психических аномалий не могут служить основанием для неотложной госпитализации (аффективные реакции и антисоциальные формы поведения у лиц с психопатическими чертами характера или нерезко выраженными послед-

ствиями травм мозга). Не подлежат госпитализации и такие лица, опасное поведение которых лишь вызывает подозрение о психической болезни, но она не является очевидной. При задержании органами охраны порядка в связи с общественно опасным поведением эти лица должны быть направлены на экспертное психиатрическое освидетельствование в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством.

В необходимых случаях психически больной может быть неотложно госпитализирован и без согласия родственников, опекунов или иных окружающих его лиц. Непосредственное осуществление госпитализации возлагается на медицинских работников по указанию тех врачей психиатров, в обязанности которых входит помещение больных в психиатрические больницы (врачи неотложной психиатрической помощи, диспансеров и др.). В тех районах, где отсутствуют специальные психиатрические учреждения, неотложную госпитализацию проводят врачи общемедицинской сети, обычно осуществляющие помощь психически больным. Учитывая возможность агрессии, угрожающей здоровью и жизни медицинских работников и других окружающих больного лиц, местные органы милиции обязаны оказывать содействие в неотложной госпитализации при обращении к ним медицинских работников, осуществляющих госпитализацию.

Инструкция регламентирует также порядок стационирования и выписки больных, помещенных в психиатрические больницы в порядке неотложной госпитализации, предусматривая созыв врачебной комиссии для дачи заключений о состоянии больных и правомерности этих мероприятий. Эти больные в период их пребывания в больнице подлежат обязательному переосвидетельствованию не реже одного раза в месяц комиссией в составе 3 врачей-психиатров для решения вопроса о необходимости их дальнейшего стационарного лечения.

Меры медицинского характера, применяемые в отношении невменяемых и заболевших психически после совершения преступления

В соответствии с уголовным и уголовно-процессуальным законодательством меры медицинского характера, применяемые в отношении психически больных, признанных невменяемыми, и заболевших после совершения преступления, но до вынесения приговора, а также осужденных к отбыванию наказания, включают принудительное лечение и передачу больных на попечение органов здравоохранения.

Принудительное лечение в соответствии со ст. 58 УК РСФСР бывает двух видов: принудительное лечение в психиатрических больницах общего типа и принудительное лечение в больницах специального типа. Передача больного на попечение органов здравоохранения предусматривает помещение его силами учреждений здравоохранения в психиатрическую больницу для лечения на общих основаниях или отдачу на попечение родных и опекунов с одновременным внебольничным врачебным наблюдением (психоневрологические диспансеры, кабинеты и др.).

Помимо перечисленных медицинских мер, предусмотренных законодательными нормами, действующая ныне инструкция Министерства здравоохранения СССР «О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния» от 14/II 1967 г., согласованная с Прокуратурой СССР, Верховным Судом СССР и Министерством внутренних дел СССР, содержит понятие обязательного лечения. Оно распространяется только на лиц, совершивших преступление во вменяемом состоянии и заболевших в период следствия временным психическим расстройством. Согласно п. 31 Инструкции, эти лица на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы о таком характере их заболевания направляются в общую психиатрическую больницу или психиатрическую больницу специального типа до выздоровления. Обязательное лечение фактически предусматривается ч. 2 ст. 11 Основ уголовного законодательства, которая гласит, что лицо, заболевшее после совершения преступления, но до вынесения приговора, по выздоровлении может подлежать наказанию. Поэтому в настоящее время эксперты-психиатры не рекомендуют обязательного лечения, а говорят о ч. 2 ст. 11 Основ.

Принудительное лечение является основой профилактики повторных общественно опасных действий, поскольку оно применяется к больным, уже совершившим противоправное деяние, и имеет своей целью излечить больного и оградить общество от его возможных опасных действий. Принудительное лечение не является наказанием, принципиально отличаясь от него по своим целям и методам, но оно представляет собой меру принуждения, так как может назначаться и прекращаться только судом. Закон предусматривает в качестве обязательных предпосылок к назначению принудительного лечения установление судом факта совершения общественно опасного деяния именно данным лицом (ст. 404 УПК РСФСР). По делам, влекущим применение принудительного лечения, обязательным является проведение предварительного расследования и судебного разбирательства. Если же лицо по своему психическому состоянию и характеру совершенного деяния не

представляет общественной опасности, прокурор может прекратить дело, сообщив о больном местным органам здравоохранения (ст. 410 УПК РСФСР), т. е. передать больного на попечение психиатрической службы, находящейся в ведении этих органов.

Суд не устанавливает сроков принудительного лечения, так как его продолжительность определяется психическим состоянием больного и особенностями течения заболевания. Вместе с тем, согласно п. 23 Инструкции о порядке применения принудительного лечения, все больные, находящиеся в психиатрической больнице на принудительном лечении, должны не реже одного раза в 6 мес проходить переосвидетельствование врачебной комиссией для определения их психического состояния. Комиссия может поставить перед судом вопрос об изменении или отмене принудительной меры медицинского характера.

Если в процессе наблюдения в больнице возникает сомнение в психическом заболевании и невменяемости лица, находящегося на принудительном лечении, администрация больницы назначает врачебную комиссию. Обоснованное заключение комиссии направляют в суд, назначивший принудительное лечение, и в прокуратуру по месту расположения больницы для принятия соответствующих мер (п. 11 Инструкции).

Контроль за своевременным и правильным проведением принудительного лечения в больницах как общего, так и специального типа осуществляется органами здравоохранения, надзор за законностью и исполнением определений суда о применении принудительного лечения возложен на прокуратуру (п. 28 Инструкции).

Принудительное лечение не следует рассматривать как отдельное мероприятие. Такое лечение должно быть связано с предшествующей судебно-психиатрической экспертизой, с одной стороны, и с последующим внебольничным наблюдением за больным,— с другой, так как речь идет о больных с определенной динамикой психических изменений, от которой во многом зависит их общественная опасность или, наоборот, удовлетворительная социальная адаптация.

Без учета данных судебно-психиатрической экспертизы, знания патологических механизмов и всех обстоятельств совершенного опасного действия (особенности бредовых мотивов убийства, неблагоприятные условия микросреды больного) невозможны адекватный выбор принудительных мер, эффективная дифференцированная внутрибольничная реабилитация и обоснованное решение о прекращении принудительного лечения. Связь принудительного лечения и судебно-психиатрической экспертизы не является односторонней. Катамнестические наблюдения в процессе принудительного лечения помогают уточнению диагностических

и экспертных критериев. Как показывает опыт, в последние годы стало меньше диагностических расхождений в оценке психического состояния больных при экспертизе и во время принудительного лечения.

Наряду со связью между экспертизой и принудительным лечением столь же важна преемственность между принудительным лечением и последующим внебольничным психиатрическим наблюдением за этими больными. Врачам каждого последующего учреждения, наблюдающего больного (больница — диспансер), должны быть известны предшествующая динамика его психического состояния, проведенное ранее лечение, реабилитационные мероприятия и взаимоотношения его с родственниками на предыдущем этапе. Эти требования приобретают особую актуальность в настоящее время в связи со все расширяющимся арсеналом лечебных средств, форм социальной реабилитации и ступенчатой выпиской ряда больных из психиатрических стационаров (принудительное лечение в больнице специального типа, принудительное лечение в общей больнице, лечение на общих основаниях).

Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР (1970) предусматривает заключение судебно-психиатрической экспертизы о необходимости медицинских мер, окончательное решение о чем, как и о вменяемости — невменяемости, принадлежит суду. Рекомендуя ту или иную меру, эксперты должны обосновать ее выбор, который определяется степенью общественной опасности больного. Эта опасность устанавливается на основе данных психиатрического экспертного обследования и материалов уголовного дела, характеризующих болезненно-неправильное опасное поведение невменяемого.

Ст. 59 УК РСФСР, в которой говорится о направлении на принудительное лечение в психиатрические больницы общего или специального типа, в качестве критерия выбора дает лишь общие определения. В больницу общего типа направляют психически больных, которые по психическому состоянию и характеру совершенного общественно опасного действия нуждаются в больничном содержании и лечении в принудительном порядке. В больницу специального типа рекомендуется направлять больных, представляющих по своему психическому состоянию и характеру совершенного действия особую опасность для общества. Определение этих показателей является одной из задач судебной психиатрии.

К конкретным клиническим показателям особой общественной опасности психически больных прежде всего относятся стойкие агрессивные тенденции, обусловленные психопатологическими факторами, направленные на отдельных лиц или реализовавшиеся в общественно опасных поступках. Большое значение имеют со-

держание бредовых идей, их сочетание с аффективными расстройствами и этап болезни (периоды усложнения бредовых синдромов). Особую опасность могут представлять больные с глубокими дисфориями, сопровождающимися агрессией, и с повторяющимися синдромами помрачения сознания, в структуре которых наблюдается психомоторное возбуждение.

Далее можно назвать стойкие антисоциальные навыки у больных с выраженным психическим дефектом, приводящие к неоднократным повторным опасным действиям, особенно если последние совершаются в соучастии с другими лицами, использующими этих больных в криминальных целях, а у больных при формально правильной ориентировке в ситуации вырабатывается установка на безнаказанность. Примерами могут служить следующие наблюдения.

Обследуемый А. обвинялся в убийстве В., референта научного учреждения. По словам А., он совершил убийство для того, чтобы устранить препятствия на пути своей научной деятельности и привлечь внимание к своим трудам.

При клиническом экспертном обследовании установлено, что у А. в течение последних 9—10 лет постепенно развивался паранойяльный бред изобретательства, к которому присоединились идеи величия и изменения личности, сказывавшиеся в замкнутости и эмоциональной холодности. Он оставил учебу в институте на последнем курсе, с тем, чтобы «целиком отдать себя науке». Этому предшествовало внезапное «озарение», когда он почувствовал, что все, что им «сделано до сих пор, является гениальным открытием в области биологии и физики». Изложил свои идеи в обширных рукописях «Гносеология», «Теоретическая биология», «Теоретические основы механики». Питался он в последнее время только овощами и конфетами, что, по его мнению, повышало его работоспособность. Свои «труды» передал в научное учреждение, в котором работал В. Придя через несколько дней за ответом, увидал в канцелярии свои рукописи с пометкой «Письмо больного человека». Обращался после этого в ряд других учреждений, где требовал немедленного рассмотрения своих работ, но нигде, по его словам, не встретил сочувствия и поддержки. Тогда А. решил убить В. Придя к нему в кабинет, А. ударил В. лампой по голове, а затем специально принесенным ножом отрезал голову, которую положил на стол. Выйдя из кабинета, был внешне спокоен и ожидал приезда работников милиции.

На экспертизе держался высокомерно, был аффективно напряжен, охвачен своими бредовыми идеями, утверждал, что каждая из его монографий достойна Нобелевской премии, и считал, что убийство было необходимо совершить в «создавшейся неслыханной ситуации». Пространные рассуждения об его открытиях и непризнании носили характер паралогичного резонерства, содержали бредовую информацию. А. отмечал, что у него мысли то бегут особенно быстро, то внезапно останавливаются. В отделении наблюдались приступы психомоторного возбуждения на фоне расстройств настроения.

Заключение: А. страдает шизофренией, невменяем. Учитывая стойкость бредовых идей, аффективную охваченность ими, а также характер действия, совершенного по бредовым мотивам, комиссия рекомендует направить А. на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа.

Обследуемый Ж., 35 лет, обвинялся в совершении краж. Поступил на экспертизу в 5-й раз. Рос в неблагоприятных социально-бытовых условиях. Окончил 4 класса школы, был связан с группой антисоциальных подростков, с 16 лет неоднократно привлекался к уголовной ответственности. Был вспыльчивым, раздражительным, злопамятным. При отбывании наказания в 24-летнем возрасте у него развилось острое психотическое состояние с бредовыми идеями преследования, страхом, ипохондрическими опасениями. После лечения в психиатрической больнице досрочно освобожден от наказания и выписан домой с диагнозом: шизофрения. Характер Ж. изменился, он стал развязным, дурашливым, гиперсексуальным, совершенно равнодушным к родным. В состоянии опьянения наблюдалась склонность к агрессии, отмечены бессвязные, нелепые паралогичные высказывания, вычурность, манерность. В дальнейшем неоднократно совершал кражи в соучастии с психически здоровыми лицами. Каждый раз Ж. признавали невменяемым в связи с психопатоподобным дефектом шизофренической природы.

Находясь на принудительном лечении, Ж. в отделении больницы группировал психопатизированных больных, совершал побеги. Когда Ж. находился на принудительном лечении в больнице общего типа, однажды за ним приезжала автомашина с неизвестными лицами, которые пытались его увезти. При настоящем освидетельствовании установлена его формально правильная ориентировка в окружающем, сочетающаяся с дурашливостью и эмоциональной уплощенностью и расстройствами мышления в форме соскальзывания и разноплановости со стереотипным резонерством, равнодушие к своему положению и дальнейшей судьбе.

Заключение: формирование психопатоподобного дефекта способствовало закреплению у Ж. антисоциального поведения, приведшего к многократным повторным общественно опасным действиям. Учитывая эти особенности психики больного, его связи с антисоциальными элементами, также способствующие его неправильному поведению (многократные кражи, побеги из больницы), врачебная комиссия рекомендует направить больного в психиатрическую больницу специального типа.

В случаях тяжких опасных действий, таких, как покушение на убийство, тяжкие телесные повреждения, основанием для направления больных в психиатрические больницы специального типа может служить их склонность к злоупотреблению алкоголем, особенно если в состоянии опьянения наблюдается активирование психотической симптоматики и психомоторное возбуждение с агрессией в сочетании со стремлением к побегам.

Если больной не представляет особой опасности, какая возникает при сочетании названных признаков, но неправильное поведение больного определяется болезненными нарушениями психики и может вылиться в общественно опасное действие, целесообразно назначать принудительное лечение в больницах общего типа. В подавляющем большинстве случаев назначение принудительного лечения предполагает помещение именно в больницы.

Изменение формы принудительного лечения — перевод больных из больницы специального типа в общую — имеет в своей основе те же критерии. После устранения стойких агрессивных

тенденций и стремления к побегу, дезактуализации бредовых идей, имевших ранее аффективную окрашенность и направленность на определенных лиц, появления хотя бы неполного критического отношения к совершенному действию и своему болезненному состоянию больного можно перевести в больницу общего типа. Основанием для изменения формы принудительного лечения может служить также значительное урежение острых приступов помрачения сознания и дисфорий, сопровождающихся агрессией, и др.

Больных, находящихся на принудительном лечении в общих психиатрических больницах, рекомендуется рассредоточивать по нескольким закрытым отделениям больницы в зависимости от их психического состояния, а не помещать в специальное отделение только для таких больных (Я. М. Калашник, 1955). Совершенно недопустимо содержать их вместе с лицами, проходящими судебно-психиатрическую экспертизу.

Больные, находящиеся на принудительном лечении, требуют к себе больше внимания, чем обычные больные, и соответственно больше обслуживающего персонала для соблюдения внутрибольничного распорядка и лечебного режима, предотвращения различных внутрибольничных эксцессов и побегов. Таким больным не свойственна особая «криминальность», но общественно опасные действия прямо или опосредованно связаны с определенными психопатологическими нарушениями, а привлечение больных к ответственности, пребывание под следствием и на экспертизе являются теми ситуационно-психогенными факторами, которые в ряде случаев временно приводят к ухудшению психического состояния. Больным, находящимся на принудительном лечении, необходима активная фармакотерапия и внутрибольничная социальная реабилитация. По справедливому замечанию М. П. Кутанина, «когда больной занят и хорошо лечится, он перестает быть социально опасным».

Существенными моментами социальной реабилитации этих больных являются не только выработка привычки к систематическому труду и коррекция поведения, но и установление постоянных положительных социальных связей больного с его родственниками и близкими. За время принудительного лечения должны быть решены такие социально-бытовые вопросы, как установление группы инвалидности, оформление пенсии, улучшение жилищных условий и т. д. В необходимых случаях над больным учреждают опеку (см. главу 7 «Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе»). Следует заблаговременно установить связь с учреждениями внебольничной психиатрической помощи, под наблюдение которых поступят больные после выписки из больницы.

Принцип принудительного лечения требует не допускать преждевременной выписки больных, с одной стороны, и их депривации вследствие слишком длительной задержки в больнице — с другой. Вопрос о прекращении принудительного лечения, включающий в себя клинический и социальный прогнозы больного, является наиболее сложным и ответственным.

Общим показанием к отмене принудительного лечения является устранение общественной опасности больного, обусловленной психическими нарушениями. Принудительное лечение прекращают в связи с выздоровлением больного, стойким улучшением его психического состояния (ремиссия) или же изменением психического состояния, не сопровождающимся улучшением, но делающим больного неопасным для общества и для самого себя (нарастание вялости и апатии и одновременное угасание бредовых идей вследствие дальнейшего развития прогредиентного процесса, что особенно характерно для некоторых вариантов шизофрении).

При улучшении состояния больного в первую очередь необходимо убедиться в стойкости улучшения и обратном развитии тех психопатологических феноменов, с которыми было связано общественно опасное действие (конкретная направленность бредовых идей, окрашенных отрицательными эмоциями, переживания психического автоматизма и т. д.). Важно отделить подлинную дезактуализацию бреда от его диссимуляции. Если в прошлом возникали острые кратковременные психотические состояния типа сумеречных, необходимо добиться их значительного урежения, а главное, исчезновения компонентов агрессии. Конечно, этими показаниями далеко не исчерпываются основания для отмены принудительного лечения. Во всех случаях улучшения необходимо убедиться в появлении у больного критического отношения к своему болезненному состоянию и совершенному действию, в упорядоченном поведении и активном участии в реабилитационной программе и реальных планах на будущее.

Чтобы выписка больного не оказалась преждевременной, нужно убедиться в отсутствии диссимуляции еще актуального для больного психотического переживания и исключить «зашторенность» симптоматики вследствие применения нейролептиков. Эти два обстоятельства чаще всего служат причиной необоснованной преждевременной выписки больных и совершения ими повторных общественно опасных действий вскоре после отмены принудительного лечения (Т. А. Валюженич) [1].

---

[1] Валюженич М. А. Об особо опасных действиях душевнобольных, совершенных в первые месяцы после выписки из психиатрических больниц.— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. Вып. XVII. М., 1966.

Во многих таких случаях имеют значение и неблагоприятные социально-бытовые условия микросреды больного (алкоголизм ближайших родственников и т. д.). При отмене принудительного лечения важно учитывать условия, в которые попадает больной после выписки и его межличностные отношения с ближайшим окружением. Это одна из серьезных задач внебольничной психиатрической помощи, особенно в отношении больных, состоящих на специальном учете. Иногда для лучшей социальной адаптации больных целесообразно после отмены принудительного лечения оставлять их на лечении па общих основаниях, во время которого можно давать пробные отпуска, разрешать свободный выход из отделения и др.

Принудительное лечение лиц, заболевших психически после совершения преступления, предусмотрено ч. 2 ст. 11 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик и с точки зрения клинических показаний не отличается от принудительного лечения невменяемых.

Ст. 412 УПК РСФСР прямо указывает, что те же правила[1] применяются и в отношении лица, заболевшего хронической душевной болезнью после совершения преступления, если это лицо вследствие наступившего изменения в состоянии здоровья не нуждается в дальнейшем применении принудительных мер медицинского характера, хотя и остается душевнобольным.

Этот вопрос, как и в отношении невменяемых, может разрешаться судом, вынесшим определение о принудительном лечении, или судом по месту проведения этого лечения с обязательным участием прокурора.

Если прогноз заболевания нельзя точно установить при судебно-психиатрической экспертизе (особенно если налицо сложная психопатологическая структура с выраженными психогенными наслоениями или рецидивирующие психотические состояния), квалификация заболевания как хронического с вытекающим отсюда прекращением приостановленного уголовного дела возможна лишь во время принудительного лечения.

Хотя закон говорит о заболеваниях, возникающих после преступления, практика судебно-психиатрической экспертизы часто имеет дело с динамикой стойких психических нарушений, развитие которых маскируется в период экспертизы и в первое время пребывания на принудительном лечении психогенно обусловленными изменениями клинической картины. Лишь в дальнейшем в таких случаях выявляются необратимые дефекты психики и вместе с тем устраняется общественная опасность хронически больного,

---

[1] **Отмена и изменение принудительной меры.—*Ред.***

как это наблюдается, в частности, при сосудистых заболеваниях головного мозга, в некоторых случаях эпилепсии и др.

Если больные, подпадающие под ч. 2 ст. 11 Основ, перестают нуждаться в принудительном лечении вследствие улучшения их психического состояния, то это само по себе еще не означает, что они могут предстать перед следствием и судом. Вынося заключение об отмене принудительного лечения таких больных, врачи должны всегда иметь в виду, что признаки улучшения, так же как упорядоченное поведение и известное восстановление трудоспособности, могут сочетаться с изменениями личности. Эти изменения могут нарушить способность больного оценивать ситуацию, учитывать данные следствия и судебного рассмотрения и активно пользоваться этими данными в соответствии с реальными целями. Такие нарушения следует развернуто изложить во врачебном заключении. Вывод о том, что данное лицо, не нуждаясь в дальнейшем принудительном лечении, вместе с тем не сможет предстать перед следствием и судом и отбывать наказание, должен получить убедительное обоснование. Это в одинаковой мере относится к лицам, подпадающим как под ч. 2 ст. 11 Основ, так и под ст. 362 УПК РСФСР (осужденные).

Больные, которые не нуждались в принудительном лечении и были переданы на попечение органов здравоохранения, при помещении в больницу содержатся там на тех же условиях, что и все остальные больные; выписка их регламентируется правилами, общими для всех больных. Это могут быть беспомощные, безынициативные хронически больные, нуждающиеся в стационарном лечении, больные, не обнаруживающие общественно опасных тенденций и требующие лечения в связи с временным ухудшением состояния (психогенные обострения, наступившие после совершения деяния). Сюда же следует отнести и тех лиц, которые при упорядоченном спокойном поведении привлекаются к ответственности за преступное бездействие или халатность и признаются невменяемыми, а также те спокойные больные, опасное действие которых было подлинно случайным результатом стечения неблагоприятных обстоятельств.

В принудительных мерах медицинского характера могут не нуждаться и некоторые лица с нерезко выраженными психическими аномалиями или даже практически здоровые, совершившие общественно опасные действия в кратковременном психотическом состоянии (так называемые исключительные состояния, острые скоропреходящие инфекционные психозы, психозы вследствие отравления ненаркотическими веществами).

Многих таких больных можно передать на попечение родственников или опекунов и под внебольничное врачебное наблюде-

ние непосредственно после прекращения уголовного дела. Основанием для этого должны служить благоприятные условия микросреды, правильное отношение и повседневное внимание к больному со стороны его близких, способствующих регулярному внебольничному наблюдению.

Литература

Инструкция Министерства здравоохранения СССР по неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность. М., 1971, 7 с.

Инструкция Министерства здравоохранения СССР о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния. М., 1967, 8 с.

Калашник Я. М. Медицинские мероприятия в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния. Дис. докт. М., 1955, 448 с.

Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными (Материалы конференции). М., 1972, 112 с.

Тезисы докладов конференции, посвященной вопросам профилактики общественно опасных действий психически больных. М., 1966, 98 с.

Tat, Tater, Zurechungsfäkigkeit. Stuttgart, 1965, S. 163. Aut.: H. Bochnik, H. Legewie, F. Otto, G. Wuster.

Глава 7

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

Понятия «правоспособность», «дееспособность», «недееспособность»

В практике советской судебно-психиатрической экспертизы с установлением дее- и недееспособности психически больных приходится встречаться значительно реже, чем с понятием о вменяемости. Тем не менее этот вид судебно-психиатрического освидетельствования очень важен, поскольку направлен на защиту гражданских прав и интересов психически больных участников гражданского процесса.

Центральным вопросом советского гражданского законодательства является вопрос о правоспособности. Согласно закону, правоспособность граждан рассматривается как их «способность иметь гражданские права и обязанности (гражданская правоспособ-

ность)» и, в отличие от законодательства капиталистических стран, признается в равной мере за всеми гражданами (ст. 9 ГК РСФСР). Правоспособность возникает с момента рождения субъекта и сохраняется за ним на протяжении всей жизни вне зависимости от его возможности осуществлять предоставленные законом права.

Содержание правоспособности регламентируется ст. 10 ГК РСФСР, которая гласит, что «Граждане могут в соответствии с законом иметь имущество в личной собственности, право пользоваться жилыми помещениями и иным имуществом, наследовать и завещать имущество, избирать род занятий и место жительства, иметь право автора произведения науки, литературы и искусства, открытия, изобретения, рационализаторского предложения, а также иметь иные имущественные и личные неимущественные права».

Под дееспособностью наш закон понимает «способность гражданина своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности» (ст. 11 ГК РСФСР). Поскольку закон признает за гражданином способность разумно действовать по достижении 18-летнего возраста, дееспособность по сравнению с правоспособностью ограничена возрастным фактором. Дееспособность в качестве обязательной предпосылки предполагает такое психическое состояние субъекта, которое обеспечивает ему способность понимать значение своих действий и руководить ими. Наличие психического расстройства, исключая в ряде случаев такую способность, указывает на отсутствие дееспособности.

Критерии недееспособности, которыми руководствуется суд и применительно к которым должны давать заключение эксперты-психиатры, сформулированы в ст. 15 ГК РСФСР, которая гласит: «Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР. Над ним устанавливается опека». Здесь, как и в ст. 11 УК РСФСР, сочетаются два критерия: медицинский (душевная болезнь или слабоумие) и юридический (неспособность понимать значение своих действий или руководить ими). Для признания лица недееспособным необходимо совпадение медицинского критерия с юридическим, который в данном случае выражает определенную степень и глубину расстройства психической деятельности.

Наличие психического заболевания еще не является неопровержимым доказательством недееспособности. Решающее значение в этих случаях принадлежит степени и глубине психических расстройств, определяющих недееспособность психически больных,

т. е. юридическому критерию. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав на обладание имуществом, на его наследование по завещаниям и т. п., но вступать в права наследования, дарить, продавать они могут лишь через посредство своего опекуна.

Согласно ст. 258 ГПК РСФСР, ходатайствовать перед судом о признании психически больного недееспособным могут члены его семьи, профсоюзные и общественные организации, прокурор, органы опеки и попечительства, психиатрические лечебные учреждения. В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о психическом расстройстве, вследствие которого гражданин не может понимать значение своих действий и руководить ими. Суд при наличии достаточных данных о психической болезни или слабоумии гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу.

В исключительных случаях, когда психически больной уклоняется от экспертизы, суд на своем заседании при участии психиатра и прокурора может вынести определение о принудительном направлении больного на судебно-психиатрическую экспертизу (ст. 260 ГПК РСФСР).

В случае выздоровления или значительного улучшения психического состояния лица, признанного недееспособным, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется ранее установленная над больным опека. Дело о признании лица дееспособным рассматривается судом по заявлению опекуна, а также лиц, государственных и общественных организаций, указанных в ст. 258 ГПК РСФСР, на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы (ст. 263 ГПК РСФСР).

Хотя дее- и недееспособность является юридическим понятием, установление психического состояния, допускающего либо исключающего способность человека выполнять предъявляемые к нему законом общественные требования и юридические нормы, является прерогативой судебно-психиатрической экспертизы. В. П. Сербский (1895) определял понятие дееспособности «как юридическую формулу, необходимую для обозначения известного душевного состояния, которое собственно и характеризует поведение гражданина в обществе».

Советское гражданское законодательство не содержит понятия ограниченной дееспособности, но вместе с тем допускает возможность ее ограничения в области имущественных сделок и распоряжений для лиц, склонных к злоупотреблению спиртными напитками или наркотическими веществами (ст. 16 ГК РСФСР).

На основании решения суда этим лицам назначается попечитель, без согласия которого такие лица не могут совершать имущественные сделки, а также получать заработную плату, пенсию или иные виды доходов и распоряжаться ими. При прекращении этими лицами злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами суд в соответствии со ст. 16 ГК РСФСР отменяет ограничение их дееспособности. На основании решения суда отменяется и установленное попечительство. Ограничивая дееспособность этой категории лиц, закон исходит не из их психической болезни, а из материальных интересов их семьи. Эти лица не подлежат судебно-психиатрической экспертизе, так как не являются психически больными.

Понятия недееспособности и невменяемости и их различие

При вынесении заключения эксперт-психиатр должен иметь в виду, что, хотя понятия недееспособности и невменяемости имеют много общего, отождествлять их нельзя. На это в свое время обращал внимание В. П. Сербский (1895), подчеркивая, что дееспособность и способность к вменению не вполне идентичны. Невменяемость и недееспособность часто совпадают, но нельзя считать, что всякое невменяемое лицо является недееспособным, и наоборот. В чем же заключается различие этих понятий?

Из ст. 11 УК РСФСР и ст. 15 ГК РСФСР прежде всего видно различие в содержании медицинского критерия этих понятий.

Медицинский критерий ст. 15 ГК РСФСР не включает понятия «временного психического расстройства», приведенного в ст. 11 УК РСФСР, поскольку в отличие от вменяемости дееспособность, как правило, связана со способностью к планомерной рассудительной деятельности на протяжении более или менее длительного времени, а вменяемость всегда относится к какому-либо конкретному действию, которое может быть совершено иногда в течение очень короткого отрезка времени.

При решении вопроса о вменяемости в уголовном процессе эксперт должен оценить психическое состояние лица в прошлом, т. е. в момент совершения преступления. В гражданском процессе может возникнуть необходимость определить психическое состояние обследуемого не только ретроспективно, но в настоящем и будущем, при установлении опеки, при решении вопроса о том, может ли больной распоряжаться своим имуществом, состоять в браке и т. п.

Вопрос о вменяемости возникает лишь при совершении уголовно наказуемого действия и относится к конкретному поступку, совершенному в определенный момент. В гражданском процессе вопрос о недееспособности может возникнуть без гражданского иска, например, при установлении или снятии опеки, что является специфической особенностью гражданского процесса. В уголовном процессе экспертиза обязательно должна ответить следствию о вменяемости (невменяемости) субъекта. В гражданском процессе вопрос о дее- и недееспособности возникает не всегда, что является другой специфической особенностью гражданского процесса. Лицо, признанное недееспособным, не может быть одновременно признано вменяемым.

Психическое заболевание с определившимся неблагоприятным прогнозом дает основание предполагать недееспособность больного в будущем и невменяемость при совершении опасного действия. Недееспособность и невменяемость чаще всего совпадают при хронических психических заболеваниях, влекущих за собой стойкие и выраженные изменения психической деятельности (шизофрения, прогрессивный паралич, старческие психозы и т. д.). Временное расстройство психической деятельности (реактивные психозы, интоксикационные, соматогенные и др.) не исключает дееспособность лица в будущем, хотя сделка, совершенная в период психического расстройства, является недействительной, а больной в момент совершения уголовно наказуемого деяния — невменяемым. Эти понятия не совпадают при обострении заболевания, характеризующегося благоприятным исходом. В период обострения заболевания лицо, совершившее общественно опасное действие или заключившее сделку, признается невменяемым, а сделка — недействительной. Однако способность выполнять свои гражданские права и нести гражданские обязанности в будущем может у больного сохраняться. В последнем случае для вынесения экспертного заключения существенную роль играет оценка не характера и глубины обострения психоза, а оценка обычного свойственного больному состояния в период стойкой ремиссии с незначительно выраженным дефектом.

Устанавливая невменяемость обследуемого, эксперт обязан указать в своем заключении, какие меры медицинского характера необходимо применить к этому лицу в зависимости от его опасности для общества. Гражданское законодательство не предусматривает применение медицинских мер к истцам и ответчикам. Однако если кто-либо из них страдает острым психическим заболеванием и представляет общественную опасность, эксперты обязаны указать в своем заключении о необходимости его неотложной госпитализации. Помещение в психиатрическую больницу в

этих случаях осуществляется районным психиатром по месту жительства больного в соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения СССР от 26 августа 1971 г. «О неотложной госпитализации психически больных, представляющих общественную опасность».

Недееспособность и опека

Основами Гражданского законодательства и судопроизводства Союза ССР и союзных республик (1962) признание больных недееспособными закреплено за судом. В 1968 г. были введены в действие Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о браке и семье, а в 1969 г.— Кодекс законов о браке и семье РСФСР и союзных республик, детально регламентирующие назначение, осуществление и отмену опеки и попечительства.

Наше законодательство устанавливает существенное различие между опекой и попечительством. Опека учреждается над лицами, признанными судом недееспособными вследствие душевной болезни или слабоумия, с целью защиты их личных и имущественных прав (ст. 121 «Кодекса законов о браке и семье» КоБС РСФСР). Опекуны от имени и в интересах подопечных осуществляют их права и обязанности (ст. 119 КоБС РСФСР). Попечительство устанавливается над дееспособными совершеннолетними лицами, если они по состоянию своего здоровья не могут самостоятельно осуществлять свои права и выполнять свои обязанности, а также над лицами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами (ст. 121 КоБС РСФСР). Попечители оказывают этим лицам в необходимых случаях содействие при осуществлении ими их прав и выполнении ими их обязанностей.

Органами опеки и попечительства являются исполнительные комитеты районных (городских), поселковых или сельских Советов депутатов трудящихся. Осуществление функций опеки и попечительства в отношении лиц, признанных судом недееспособными и ограниченно дееспособными, возлагается на отделы здравоохранения, которые решают вопросы, связанные с подбором опекунов, наблюдением за их деятельностью, проверкой отчетности. Отделы здравоохранения извещают суды о лицах, нуждающихся в опеке, представляют опекунов на опекунскую комиссию райисполкома для утверждения инструкций опекунов о психическом состоянии подопечных и необходимом лечении, а при безответственном отношении опекуна к подопечному ставят вопрос об отстранении опекуна.

Специальное внимание в законодательстве уделено назначению опекуна или попечителя. Так, опекун или попечитель назначается только с их личного согласия. Не могут быть опекунами или попечителями несовершеннолетние, лица, лишенные родительских прав, а также признанные судом недееспособными или ограниченно дееспособными (ст. 126 КоБС РСФСР). При выборе опекуна или попечителя обязательно учитывают его личные качества, способность к выполнению опекунских обязанностей, отношения между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве, а также, если это возможно, желание подопечного. Положительному отношению подопечного к опекуну придают особенно большое значение. Так, например, если больной в остром психотическом состоянии бредовым образом истолковывал отношение к себе какого-либо лица и был враждебно к нему настроен, то назначать это лицо опекуном нежелательно, так как при обострении психоза и возобновлении бреда больной может совершить опасные действия против опекуна. При выборе опекуна наряду с его личными качествами решающее значение должно иметь положительное отношение к нему больного, на что указывает и ст. 126 КоБС РСФСР.

Согласно закону, иски о признании психически больных или слабоумных недееспособными рассматриваются судом с обязательным участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Заявление о признании недееспособности в этом случае следует подавать в суд по месту жительства психически больного, а если он находится в психиатрической больнице, то по месту нахождения лечебного учреждения (ст. 258 ГПК РСФСР). Вызов больного в судебное заседание определяется состоянием его здоровья (ст. 261 ГПК РСФСР). Решение суда, которым психически больной или слабоумный признан недееспособным, является основанием для обязательного назначения ему опекуна. Между признанием лица недееспособным и назначением ему опеки существует неразрывная связь. Лишение дееспособности неизменно влечет за собой назначение опеки.

Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Особенности проведения заочной и посмертной экспертизы

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе может проводиться в стационаре, амбулаторно, в суде, заочно и посмертно. Заочную экспертизу назначают в тех случаях, когда

обследуемый вследствие тяжелого соматического страдания или дальности расстояния не может прибыть на экспертизу. Однако при недостаточной ясности вопроса эксперт может настаивать на личном освидетельствовании субъекта. В редких случаях, при тяжелом физическом недуге обследуемого, эксперт может выехать в соматическую больницу или на дом.

Наиболее трудна для эксперта посмертная экспертиза, связанная с психическим состоянием субъекта в момент заключения им какой-либо сделки (завещание, дарственная запись и др.). Трудность такой экспертизы значительно усугубляется тем, что по гражданским делам предварительного следствия не ведется, а судебное следствие ограничивается относительно лаконичным опросом свидетелей. Отсутствие в гражданском деле достаточных материалов, характеризующих личность покойного, дает эксперту основание настаивать на предоставлении ему всей необходимой письменной документации (личная переписка больного, характеристики с места жительства и работы, медицинские справки и другие документы, имеющие значение для дела) (ст. 63 ГПК РСФСР). При недостаточности объективных данных эксперт может отказаться от дачи заключения (ст. 76 ГПК РСФСР).

Изучение свидетельских показаний в сопоставлении с медицинской документацией может позволить научно обосновать выводы о психическом состоянии подэкспертного. Противоречивость свидетельских показаний, нередко исключающих друг друга, может повлечь участие экспертов в судебном заседании. Это особенно важно в тех случаях, когда речь идет о завещательных или других имущественных актах. Личный опрос свидетелей о поведении завещателя в последние годы его жизни, о его взаимоотношениях с родными и имевшихся психических нарушениях способствует выявлению истинной природы заболевания, если оно было.

Противоречивость свидетельских показаний имеет самые разнообразные причины. Некоторые формы психических расстройств протекают исподволь, без выраженной психопатологической симптоматики, в связи с чем не привлекают к себе внимания окружающих. Иногда больные склонны к диссимуляции бредовых идей, которые в связи с этим долго не распознают окружающие и не замечают даже близкие родные. В других случаях бредовые высказывания больных могут становиться столь обыденными, что окружающие воспринимают их как реально существующие факты (сутяжно-бредовые высказывания или бредовые идеи преследования у лиц с органическими заболеваниями головного мозга, основанные на патологической переработке действительных событий). Эти болезненные расстройства связаны с определенными лицами и понятными ситуационными моментами, и свидетели иногда не

сомневаются в их реальности. Свидетели верят, что больной действительно голодает, что окружающие отбирают у него и присваивают вещи, не разрешают жить в собственном доме и т. д., о чем свидетели и сообщают суду. Психопатические личности, склонные к выраженным истерическим проявлениям, повышенной возбудимости и необоснованной раздражительности, часто воспринимаются свидетелями как психически больные. Решить вопрос о психическом состоянии завещателя при посмертной экспертизе бывает нелегко. Разные лица могли наблюдать субъекта в разное время и в связи с этим давать противоречивые показания об имевшихся у него психических изменениях. Если завещание было составлено за несколько лет до смерти, то воспоминания о психическом состоянии лица в указанное время бывают отрывочными и часто смещены во времени. У больного с постинсультным состоянием иногда может наблюдаться мерцающее сознание с кратковременными просветлениями. Все отмеченные особенности следует строго учитывать при проведении экспертизы. Очень важно увязывать между собой показания разных свидетелей и сопоставлять их с медицинской документацией. Если приведенные свидетелями симптомы разнообразны, пестры и не отражают в совокупности ту или иную форму психического заболевания, их следует брать под сомнение.

В заключение следует указать, что в сложных и сомнительных случаях, где особенно трудно определить тяжесть болезненных изменений, эксперт может, правда, с большой осторожностью, использовать данные о соответствии сделки образу мыслей, настроению и отношению больного к близким в предшествующие годы его жизни. В самом деле, вызывает недоумение оформление больным завещания на имя постороннего лица при наличии семьи. Здесь нельзя с уверенностью исключить то, что завещательное распоряжение было оформлено больным лицом по бредовым мотивам либо вследствие его повышенной внушаемости.

Вопросы, подлежащие рассмотрению судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе

При проведении судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе эксперт чаще всего встречается со следующими категориями гражданских дел.

Иски о признании сделки недействительной возникают по поводу договоров купли-продажи, обмена жилой площади, актов дарения, завещания и др. При решении перечисленных дел эксперт

исходит из оценки психического состояния лица в момент совершения сделки, поскольку гражданское законодательство признает недействительной сделку, заключенную лицом, признанным судом недееспособным вследствие психической болезни или слабоумия (ст. 52 ГК РСФСР), или лицом, хотя и дееспособным, но в момент совершения сделки находившимся в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими (ст. 56 ГК РСФСР). Для правильной экспертной оценки очень важно точно установить время начала заболевания, его глубину и выраженность в момент совершения сделки, так как если психическая болезнь возникла после заключения сделки, гражданский акт не теряет своей юридической силы.

Обследуемая Д., находясь в реактивном состоянии (депрессивный синдром) в связи с возбуждением дела о разводе, продала за бесценок принадлежавшую ей часть дома и уехала к сестре, где вскоре была госпитализирована в психиатрическую больницу. После выздоровления Д. подала в суд заявление, ходатайствуя о признании сделки недействительной. Назначена судебно-психиатрическая экспертиза. Заключение: Д. находилась в момент оформления сделки в болезненном состоянии (в соответствии со ст. 56 ГК РСФСР суд признал эту сделку недействительной).

К другому заключению приходит судебно-психиатрическая экспертиза в случаях, когда сделка совершена психически здоровым лицом, у которого впоследствии в связи с неудовлетворенностью состоявшейся сделкой развивается временное болезненное расстройство психической деятельности.

Обследуемый И., 60 лет, обменял трехкомнатную квартиру на однокомнатную квартиру для себя с женой и 2 комнаты в общей квартире для сына. После переезда в новую квартиру И. обнаружил в ней ряд недостатков: окна комнаты выходили на северную сторону, полы были деревянные, а не паркетные, кухня маленькая, потолки низкие и т. д. Вся обстановка новой квартиры угнетала И., он не находил себе места, скучал, сожалел о содеянном. В результате у него развилось реактивное состояние с выраженными депрессией, страхами, отрывочными бредовыми идеями отношения. Это дало повод родным И. подать заявление в суд с ходатайством о признании сделки недействительной, так как И. заключил ее якобы в состоянии психического заболевания. Назначена судебно-психиатрическая экспертиза. Объективные данные и медицинская документация говорили о том, что в момент совершения сделки И. был психически здоров. Заключение: заболевание у И. возникло спустя 2 мес после обмена жилплощади и по существу явилось реакцией на неудовлетворительно совершенную сделку. Руководствуясь заключением судебно-психиатрической экспертной комиссии, суд отклонил иск родственников И. и признал совершенную сделку действительной.

Иск о возмещении причиненного вреда. В соответствии со ст. 452 ГК РСФСР психически больной, признанный недееспособным, не отвечает за причиненный им вред. Ответственность за это

возлагается на опекуна больного или организацию, обязанную нести за ним надзор, если не будет доказано, что вред возник не по вине опекающего. Не отвечает также за причиненный вред гражданин, хотя и дееспособный, но находившийся в таком состоянии, когда он не мог понимать значение своих действий или руководить ими. Однако он не освобождается от ответственности, если сам привел себя в такое состояние употреблением алкоголя или наркотических веществ либо иным способом (ст. 453 ГК РСФСР). Основной задачей судебно-психиатрической экспертизы в данном случае является ретроспективная оценка психического состояния гражданина в момент причинения им вреда.

Иск о признании брака недействительным. В соответствии с советским законодательством не допускается заключение брака между лицами, из которых хотя бы одно признано судом недееспособным вследствие психической болезни или слабоумия (ст. 16 КоБС РСФСР). Согласно ст. 43 КоБС РСФСР, такой брак признается недействительным.

Экспертное заключение по делам о признании брака недействительным должно охарактеризовать психическое состояние лица в момент вступления его в брак. Важно не только установить наличие у данного лица психического заболевания, но и уточнить время его возникновения, а также тяжесть и глубину психических нарушений, имевшихся в момент заключения брака. Выраженность этих расстройств может быть и незначительной.

Иск о расторжении брака. С иных позиций эксперт-психиатр выносит заключение по делам, связанным с расторжением брака. Закон разграничивает признание брака недействительным и расторжение брака. В первом случае (например, в связи с наличием психического заболевания в момент вступления в брак) устанавливается, что никаких супружеских прав и обязанностей между сторонами не возникало. При расторжении брака речь идет о прекращении супружеских отношений на будущее время, если один из супругов заболел психической болезнью во время совместной жизни.

Согласно ст. 39 КоБС РСФСР, расторжение брака по заявлению одного из супругов может производиться в органах записи актов гражданского состояния, если другой супруг признан в установленном законом порядке недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия.

Учитывая различие между признанием брака недействительным и расторжением брака, суд ставит перед судебно-психиатрической экспертизой различные задачи. При признании брака недействительным решающее значение для экспертного заключения имеет тяжесть психических нарушений у того или иного лица в

момент заключения брака, а при расторжении брака эксперт должен определить психическое состояние гражданина на будущее время, т. е. прогноз заболевания.

Споры о воспитании детей. Некоторые особенности имеет судебно-психиатрическая экспертиза, связанная с судебными спорами о воспитании детей, когда возникает вопрос о способности психически больного родителя воспитывать своих детей. В этих случаях эксперты также должны определить психическое состояние лица не только в момент проведения экспертизы, но и в будущем. Признание родителя недееспособным в связи с психической болезнью не следует отождествлять с лишением родительских прав в соответствии со ст. 59 КоБС РСФСР. Суд лишает родительских прав лицо, не выполняющее своих родительских обязанностей по воспитанию детей, жестоко обращающееся с ними или вредно влияющее на детей своим аморальным антиобщественным поведением.

Признание больного недееспособным. Судебно-психиатрическая экспертиза для определения психического состояния гражданина может быть назначена и в тех случаях, когда родственники, общественные организации или другие заинтересованные лица возбуждают перед судом дело о признании гражданина недееспособным и необходимости установления над ним опеки (ст. 260 ГПК РСФСР).

В практике встречаются рекомендации о признании больного недееспособным без учреждения над ним опеки. Такая формулировка противоречит закону. Недееспособный не понимает значения своих действий и без опекуна может заключить любую сделку в ущерб собственному благополучию. Таким образом, отрицание одного понятия (опека) полностью отрицает и второе (недееспособность).

Определение психического состояния свидетеля. От судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе в ряде случаев требуется определение психического состояния свидетелей. В этих случаях вопрос о дееспособности не ставится. В соответствии со ст. 61 ГПК РСФСР экспертиза обязана указать, может ли данное лицо выступать в суде в качестве свидетеля, так как психическая болезнь может привести больного к утрате способности правильно воспринимать факты и давать о них правильные показания.

Эксперт в своем заключении должен указать только на наличие или отсутствие психического расстройства, степень которого нарушает (не нарушает) способность свидетеля давать правильные показания по делу.

Некоторые общие принципы судебно-психиатрической оценки при определении дее- и недееспособности психически больных

При вынесении судебно-психиатрических заключений о недееспособности больного большое значение имеют течение заболевания, его форма, исход, преобладающие синдромы. Каждая нозологическая форма, различные этапы болезни требуют самостоятельного рассмотрения. Острые психозы любого генеза обусловливают недееспособность больных в настоящее время, а дееспособность их в будущем может быть сохранена и зависит от формы болезни и ее прогноза. Наиболее показательными в смысле глубины и тяжести являются стойкие систематизированные бредовые идеи преследования, отравления, ревности, галлюцинаторно-бредовые синдромы, слабоумие, расстройство сознания, глубокие меланхолические состояния, эмоциональное оскудение с полной утратой интересов и нарастающей апатией (апатико-абулический синдром). Приведенные синдромы с полной очевидностью указывают на утрату больными дееспособности.

Чаще всего вопрос о недееспособности возникает при безремиссионно прогредиентном типе течения шизофрении с трансформацией и усложнением синдромов, указывающих на неблагоприятный прогноз. Частые приступы приступообразно-прогредиентной (шубообразная) шизофрении, протекающей по типу острой паранойи, люцидной кататонии, синдрома Кандинского — Клерамбо, также обусловливают недееспособность больных.

Периодический (ремиттирующий) тип течения шизофрении с хорошими и длительными ремиссиями и достаточной компенсацией нерезко выраженных психических нарушений или вялое течение болезни, которое на протяжении многих лет может манифестироваться малозаметными личностными сдвигами, не дает оснований для признания больных недееспособными.

Приходя к тому или иному решению, нельзя забывать, что неблагоприятная ситуация, связанная с возбуждением гражданского иска, может привести к декомпенсации или рецидиву болезни или вызвать реактивное состояние. Объективно решить вопрос в таких случаях можно лишь после ликвидации острых болезненных симптомов, скрывающих изменения личности.

В центре внимания эксперта всегда должен стоять вопрос о возможности диссимуляции болезненных расстройств. Своевременно не распознанная диссимуляция бредовых идей может отразиться на супружеской жизни и воспитании детей. Нарушения эмоционально-волевой сферы, извращение морально-этических пред-

ставлений родителей влияют на психику ребенка и его воспитание. В таких случаях недееспособность больного не должна вызывать сомнений.

Особого внимания заслуживает экспертиза больных с органическими и сосудистыми заболеваниями головного мозга. В большинстве случаев атеросклероз головного мозга не вызывает глубоких изменений личности. Злокачественное течение атеросклероза, сопровождающееся расстройствами мозгового кровообращения с явлениями интеллектуально-мнестических расстройств и нарушением ассоциативно-мыслительной деятельности, выраженной внушаемостью и беспомощностью, исключает способность больного правильно оценивать ситуацию и понимать значение своих действий. При экспертизе больных другими органическими заболеваниями головного мозга и старческими психозами следует учитывать, что выраженная внушаемость этих больных и расстройство критических способностей могут быть использованы в корыстных целях, в связи с чем особенно важно своевременно признать их недееспособными и нуждающимися в учреждении опеки.

Травматические поражения центральной нервной системы, сопровождающиеся апатико-абулическими расстройствами, мориоподобными и шизофреноподобными состояниями, могут создать определенные трудности при решении вопроса о дееспособности больных в будущем. Определенные судебно-психиатрические выводы в отношении таких больных иногда можно сделать лишь по окончании лечения, так как прогноз заболевания у них нередко бывает благоприятным.

Травматические нарушения деятельности головного мозга могут явиться благоприятной почвой для патологического развития личности, возникновения паранойяльных и параноидных синдромов, нарушающих способность больных правильно понимать и оценивать происходящие события как в настоящее время, так и в будущем. Стойкие бредовые синдромы исключают дееспособность больных, тем не менее прогноз при бредовых синдромах различной этиологии неодинаков. Больные острыми алкогольными психозами, сомато-реактивными параноидами имеют тенденцию к значительно более быстрому выздоровлению, чем больные параноидной шизофренией. Это обусловливает различную судебно-психиатрическую оценку состояния больных в будущем — дееспособность (недееспособность) больных.

Не менее трудны вопросы о действительности (недействительности) сделки в начальных стадиях заболевания, особенно в тех случаях, где эксперт должен установить его начало. Ранняя, начальная стадия прогрессивного паралича приводит к нарушению наиболее сложных процессов деятельности головного мозга. Нару-

шения психики сказываются в ослаблении критики, утрате чувства такта и не всегда заметны для окружающих. Это может повлечь за собой легкомысленные поступки больных — необдуманное заключение брака, безрассудная трата денег, составление завещания в пользу малознакомых лиц и т. д. При установлении начальной формы прогрессивного паралича от эксперта требуется чрезвычайно тонкая оценка состояния больного в момент заключения сделки.

Обследуемый П. оформил дарственную запись на половину принадлежащего ему дома на имя З., с которой он познакомился за 2 нед до этого. П. имеет семью, жену, двух детей. Узнав о совершенной сделке, жена П. подала в суд заявление, в котором указывала, что ее супруг последний год стал вести себя странно, иногда покупал никому не нужные вещи или уговаривал жену продать дом и на эти деньги приобрести автомобиль. Получаемую пенсию П. тратил не по назначению, давал в долг соседям; забывал, кому давал в долг, и сам не расплачивался, если брал взаймы, плохо спал, жаловался на головные боли, пытался выполнять работу, не соответствующую его квалификации. Назначена судебно-психиатрическая экспертиза. Заключение: П. страдает прогрессивным параличом (начальная форма) и в момент составления дарственной записи не мог понимать значение своих действий и ими руководить; нуждается в противосифилитическом лечении в условиях стационара. Вопрос об опеке над П. можно решить после окончания лечения.

Применение мер медицинского характера к психически больным участникам гражданского спора законом не установлено, однако при выявлении у больного острого психотического состояния эксперты обязаны ставить вопрос о его госпитализации. Если родственники по каким-то соображениям протестуют против помещения обследуемого в больницу, то психоневрологический диспансер должен неотложно госпитализировать больного в соответствии с Инструкцией о неотложной госпитализации (1971).

Особого внимания экспертов требуют больные эпилепсией. Дисфории, сопровождающиеся легко возникающими бурными аффективными разрядами, исключают способность больных понимать в это время значение своих действий или ими руководить. Сделка, совершенная больными в таком состоянии, недействительна. Отсутствие выраженных психических расстройств у больных эпилепсией вне дисфорических приступов не дает оснований признавать их недееспособными. В таких случаях при возбуждении дела о разводе следует, признавая больного дееспособным, указывать на его характерологические особенности, отражающиеся на семейной жизни и воспитании детей.

Иногда можно наблюдать симуляцию психической болезни лицами, желающими расторгнуть заключенную ими сделку, брак и др. Как правило, они пытаются доказать врачу наличие у них

психического расстройства во время заключения сделки или вступления в брак. Обычно с этой целью обследуемые сообщают о якобы перенесенном в прошлом психическом заболевании, симптомы которого узнали из специальной литературы, или восстанавливают в памяти перенесенную ранее острую психотическую вспышку (алкогольный делирий, инфекционный психоз и т. п.).

Правильной оценке психического состояния этих лиц помогают свидетельские показания, характеристики с места работы, медицинская документация, если она есть. Основное значение имеет поведение этих лиц во время обследования. Демонстративность, плохо скрываемое волнение, ограниченность и разноплановость симптомов, не укладывающихся в рамки какого-либо психического заболевания, позволяют уверенно установить симулятивное поведение или грубую аггравацию.

Литература

Гиляровский В. А. Избранные труды. М., «Медицина», 1973, с. 174—224.

Корсаков С. С. Психиатрические экспертизы. Вып. 2. М., 1904, 74 с.

Морозов Г. В. 50 лет деятельности Института и задачи советской судебной психиатрии. Материалы конференции 20—22 декабря 1971 г. Под ред. чл.-корр. АМН СССР Г. В. Морозова. М., 1971, 315 с.

Сербский В. П. Судебная психопатология. В. I. Законодательство о душевнобольных. М., 1895, 224 с.

Холодковская Е. М. Дееспособность психически больных. М., «Медицина», 1967, с. 109.

Глава 8

Основы высшей нервной деятельности

В основе учения о высшей нервной деятельности лежат 3 следующих важнейших принципа: детерминизма, анализа и синтеза, структурности, т. е. приурочения динамики к структуре. В последние десятилетия пришлось заново пересмотреть некоторые частные положения учения о высшей нервной деятельности (иррадиация торможения по коре, фазовые явления), но указанные принципы остаются незыблемыми. Более того, существенные успехи в изучении мозговых механизмов, лежащих в основе поведенческих реакций животных и человека, все больше подтверждают правильность этих принципиальных положений павловского учения.

Принцип детерминизма. И. П. Павлов характеризовал условный рефлекс как явление не только физиологическое, но и пси-

хическое. Он считал, что невозможно отделить уже «в безусловных сложнейших рефлексах (инстинктах) физиологическое, соматическое от психического, т. е. от переживаний могучих эмоций голода, полового влечения, гнева и т. д.»[1]. Таким образом, рефлекторная деятельность является нервной деятельностью и вместе с тем деятельностью психической. Психическая деятельность детерминирована окружающей средой, однако внешние раздражители действуют через посредство внутренних условий, они преломляются через познавательную сознательную деятельность людей.

Прошлый жизненный опыт, запечатленный в коре в виде образов, представлений, понятий, не только детерминирован окружающей действительностью, но и в свою очередь обусловливает поведение, выполняет регуляторную функцию. Именно это положение позволяет объективно научно исследовать психические явления при помощи регистрации движений и вообще внешних проявлений психической деятельности человека. Игнорирование этого положения неизбежно приводит к механистическому пониманию детерминизма.

Каким же образом внутренние условия, прошлый жизненный опыт осуществляют регуляцию действий, поведения человека? Каков физиологический аппарат, осуществляющий эту регуляцию? И. С. Бериташвили (1969) считает, что это психонервный комплекс представлений. По его мнению, эта корковая деятельность, обусловливающая поведение посредством образов (у человека также посредством понятий), протекает целиком и в каждой своей части по принципу рефлекса, детерминирована воздействиями внешней среды, но не сводится к закономерностям условного рефлекса. Она имеет свои специфические закономерности, согласно которым образуются и воспроизводятся эти образы. Образ или представление как продукт аналитико-синтетической деятельности мозга не является чем-то вроде эпифеномена, а служит регулятором приспособительной деятельности организма.

П. К. Анохин (1969) на основании систематического изучения различных форм поведения также был вынужден признать существование дополнительного аппарата, регулирующего целесообразное приспособление животных к внешним условиям. Он ввел понятие «акцептор действия», обозначающее добавочный комплекс афферентных следов от прежних подкреплений, который репродуцируется при условном сигнале. П. К. Анохин (1958) пишет: «Образуясь под влиянием внешних воздействий и составляя часть всякого условного возбуждения, «акцептор действия» выполняет решающую функцию приспособительного поведения: на ос-

---

[1] Павлов И. П. Полн. собр. трудов. Т. 3, кн. 2. М.—Л., 1951, с. 335.

нове получения разнообразных импульсаций с периферии он определяет степень точности и достаточности выполненных актов по отношению к исходным побудительным раздражителям»[1].

Е. Н. Соколов (1958) предложил понятие «нервная модель стимула». По Е. Н. Соколову, это определенная система клеток, хранящая информацию о свойствах применявшегося раздражителя. Система под влиянием повторных раздражений вырабатывает предсказание будущих воздействий и производит сопоставление этих предсказаний с реально действующими раздражителями.

Несмотря на разную терминологию, все перечисленные концепции отражают попытку объяснить, каким образом психические явления, т. е. приобретенный опыт в виде впечатлений, представлений, понятий, регулируют поведение. Признавая рефлекторную природу самых сложных актов поведения, следует отказаться от упрощенческого понимания механизмов поведения (стимул — реакция).

Этот отход от упрощенческого понимания процессов высшей нервной деятельности выявился и в процессе изучения человека в нервной и психиатрической клиниках. При исследованиях не только по двигательной методике с речевым подкреплением, но и по другим методикам, например оборонительной, мигательной, ориентировочной, выявлено, что обследуемый во время эксперимента создает для себя инструкцию, согласно которой он и действует. У человека внутренняя речь играет огромную роль в процессе выработки условного рефлекса, особенно когда он образуется при речевом подкреплении. Иными словами, там, где казалось, что условные рефлексы у человека получаются на раздражители первой сигнальной системы, на самом деле они вырабатываются и протекают с активным участием речи. При патологических состояниях эта регулирующая функция второй сигнальной системы может искажаться, ослабевать или утрачиваться. Из сказанного понятны интерес и внимание к словесному отчету обследуемых о ходе эксперимента. Раньше опрос применяли лишь для установления наличия или отсутствия «отражения» деятельности первой сигнальной системы во второй сигнальной системе, а в последнее время словесный отчет используют собственно для изучения явлений высшей нервной деятельности.

Теория отражения отвергает агностическое недоверие к органам чувств. Изучение высшей нервной деятельности человека может успешно строиться не на противопоставлении «объективных» внешних проявлений у обследуемого его «субъективным» показа-

[1] Анохин П. К. Внутреннее торможение как проблема физиологии. М., Медгиз, 1958, с. 143.

пиям сознания, а на всестороннем учете и сопоставлении внутреннего психологического содержания (по словесному отчету), которое в принципе всегда объективно опосредованно, с данными одновременной регистрации так называемых объективных реакций (поведенческие, вегетативные, биоэлектрические).

Принцип анализа и синтеза. Анализ раздражителей начинается с рецепторов, в структуре которых уже заложены основы для этого: благодаря специфическому строению из многочисленных раздражителей окружающей среды выделяются лишь определенные, адекватные для данного рецептора воздействия. Со стороны центральных отделов нервной системы осуществляется рефлекторная регуляция рецепторов. Центробежные влияния коры больших полушарий и сетевидного образования регулируют настройку рецепторов, облегчают или тормозят проведение афферентных импульсов с периферии к коре головного мозга (Л. А. Орбели, 1949; Е. Н. Соколов, 1958; Granit, 1955).

В анализе раздражителей внешней среды непосредственно участвует ориентировочный рефлекс. Понятие об ориентировочном рефлексе впервые сформулировал И. П. Павлов (1910). Этот рефлекс имеет важное биологическое значение, так как является первой реакцией, которой организм отвечает на любое изменение в окружающей среде, обеспечивая настройку соответствующего анализатора, от рецепторов до коры включительно, для лучшего восприятия этих изменений.

Ориентировочный рефлекс — это целостная реакция организма, которая интегрирована центрально, а все ее моторные, вегетативные, биоэлектрические и сенсорные компоненты направлены на создание условий в организме для наилучшего восприятия изменений в окружающей среде. По своей природе ориентировочный рефлекс является неспецифической реакцией, так как он вызывается раздражением любого анализатора и тесно связан с функцией активирующей системы ствола мозга и таламуса.

При действии какого-либо необычного, нового раздражителя, если он вызывает ориентировочный рефлекс, наблюдается угнетение протекающей условной реакции, т. е. явление внешнего торможения. Наиболее тонкий и совершенный анализ раздражений внешней среды происходит в коре головного мозга при участии внутреннего торможения. Это торможение в отличие от внешнего корковое, условное, приобретенное в течение жизни, т. е. оно возникает не сразу, а вырабатывается путем превращения положительного раздражителя в тормозной сигнал путем образования тормозной условной связи. В зависимости от условий выработки тормозной условной связи различают угасательное, дифференцировочное и запаздывающее торможение. Особенно большое значе-

ние в анализе и синтезе явлений окружающей среды имеет дифференцировочное торможение. Благодаря его развитию происходит концентрация процесса возбуждения и специализация условного рефлекса.

В центральной нервной системе наряду и одновременно с анализом внешних и внутренних раздражителей происходит синтез, слияние их в одно целостное восприятие. Кроме этого афферентного синтеза, осуществляется также эфферентный синтез, т. е. слияние, интеграция отдельных реакций в единую целостную деятельность, обладающую новыми качественными особенностями, не свойственными вошедшим в нее компонентам. На уровне подкорковых образований происходит как синтез отдельных раздражителей в системе сложной безусловной реакции, например оборонительной, пищевой, половой, так и интеграция моторных и вегетативных компонентов этой реакции в целостную деятельность организма.

Элементарный синтез в коре больших полушарий — это замыкание временной связи, образование ассоциации, условного рефлекса. В жизни на человека постоянно действует масса одновременных и последовательных комплексов внешних раздражителей, образующих между собой в его мозге ассоциации, временные связи. Часть раздражений нервная система синтезирует, соединяет в единое целостное восприятие, а другие тормозит. Это осуществляется при помощи коркового высшего анализа и синтеза.

В процессе осуществления синтеза, как показали И. С. Бериташвили (1969) и др., происходит интеграция возбуждений от отдельных компонентов сложного раздражителя в единый «функциональный комбинационный центр» (И. П. Павлов, 1951). В результате подкрепления всего комплекса раздражений между этим «функциональным комбинационным центром» или, как его называет И. С. Бериташвили, «дополнительно возбужденным нервным комплексом», и вырабатываемой реакцией устанавливается самостоятельная временная связь.

В пределах функционально объединенной системы возбуждение в коре, возникающее в ответ на действие какого-либо раздражителя из комплекса, легко иррадиирует на корковые элементы, участвующие в восприятии других стимулов комплекса. Образование подобной объединенной системы, в пределах которой значительно облегчена иррадиация процесса возбуждения, очевидно, играет важную роль в интегративной деятельности мозга, так как при восприятии одного компонента внешней среды через ассоциативные связи может происходить активирование нейронных комплексов, воспринимающих другие компоненты сложного комплекса, с репродукцией соответствующего образа и адекватной ориен-

тировочной реакции и эмоциональными проявлениями (И. С. Беритов, 1969).

Именно образованием «функциональных комбинационных центров» обеспечивается целостная и объединенная деятельность коры мозга в ответ на сложное по своему составу и характеру воздействие окружающей среды, т. е. высший корковый анализ и синтез.

У человека высший анализ и синтез осуществляются на основе отвлечения и обобщения явлений внешней среды при помощи второй сигнальной системы. Синтез отдельных компонентов внешней среды у человека происходит одновременно с анализом и при участии организующей и регулирующей функции второй сигнальной системы.

Благодаря высшему корковому анализу и синтезу происходит целостное восприятие действительности, осмысливание как отдельных частностей, так и всей ситуации в целом, что позволяет адекватно приспосабливаться к меняющимся условиям внешней среды. В основе овладевания человеком трудовыми процессами лежат сложный высший анализ и синтез различных афферентаций и двигательных реакций в цепи, системы одновременных и последовательных комплексов условнорефлекторных актов, складывающихся в единую целостную деятельность.

Принцип структурности. В формулировке И. П. Павлова «приурочение динамики к структуре» предельно кратко отражена проблема локализации функций в коре головного мозга. Исследованием локализации различных рецепторных и эффекторных функций в тех или иных областях коры и нижележащих образований с большим успехом в последнее время занимаются нейрофизиологи, применяя методику вживления электродов и раздражения определенных частей мозга. Физиология высшей нервной деятельности изучает также движение нервных процессов по различным структурам и системам головного мозга, т. е. нейродинамику.

И. П. Павлов выдвинул понятие о динамической структуре. Под ней он подразумевал комплекс корковых связей и путей, связывающих кору с подкорковыми образованиями, объединенных в одно функциональное целое, в единую функциональную систему. Характерной особенностью динамических структур человека является то, что в их состав могут входить временные связи, образованные во второй сигнальной системе.

В последнее время интенсивно изучалась роль отдельных подкорковых образований в различных процессах высшей нервной деятельности. Были установлены активирующая и тормозящая функции сетевидного образования ствола мозга и таламуса, которые оказывают свое «неспецифическое» влияние как в восходя-

щем, так и в нисходящем направлении. Особенно велика роль этих подкорковых образований в поддержании состояния бодрствования и концентрации внимания. Сетевидные структуры принимают непосредственное участие в механизмах ориентировочного рефлекса, в опосредовании через сетевидное образование иррадиации возбуждения из одного коркового пункта в другие, а также играют роль в механизмах внешнего торможения. Уже из этого можно видеть, что в изучении взаимодействия коры и подкорковых образований приурочение динамики к структуре получило дальнейшее развитие в свете современных достижений нейрофизиологии. Однако при рассмотрении роли сетевидного образования ствола мозга в процессах высшей нервной деятельности необходимо иметь в виду, что функция этого образования находится под постоянным регулирующим и координирующим влиянием коры больших полушарий.

Нейродинамика, т. е. движение и взаимодействие нервных процессов в определенных динамических структурах, определяется характером воздействия внешней среды, прошлым онтогенетическим опытом, запечатленным в коре головного мозга, тонусом подкорковых активирующих систем мозга. При осуществлении какой-либо как условнорефлекторной, так и безусловнорефлекторной деятельности предполагается участие всей центральной нервной системы. При возбуждении какой-либо динамической структуры происходит торможение остальных динамических структур.

При некоторых нервно-психических заболеваниях эта целостная деятельность центральной нервной системы нарушается. Так, при навязчивых состояниях в центральной нервной системе могут одновременно существовать два возбужденных комплекса нервных связей — участок оптимальной возбудимости, где у человека осуществляется сознательная деятельность, и патодинамическая структура. Это одновременное существование двух возбужденных комплексов нервных связей больные субъективно воспринимают как чужеродное, навязчивое, тягостное состояние.

Изучение динамической локализации нервных процессов в определенных корковых и подкорковых структурах при той или иной деятельности у человека представляет чрезвычайные трудности. Здесь наряду с условнорефлекторными методами широко используются современные способы изучения мозговых механизмов в норме и патологии. Это регистрация электрической активности мозга от традиционной электроэнцефалографии до тонких методов записи активности отдельных нейронов коры и подкорковых образований. Регистрация вызванных потенциалов коры головного мозга в сочетании с условнорефлекторным методом значительно расширяет экспериментальные возможности изучения

нервных механизмов, например таких сложных человеческих функций, как восприятие и осознание явлений внешней среды.

В качестве инструмента исследования высшей нервной деятельности человека в норме и патологии все шире используют нейротропные вещества с более или менее установленным действием на определенные отделы центральной нервной системы. Все большее развитие получают исследования, связанные с нейрохирургическими операциями на головном мозге человека. Во время операций под местной анестезией удается непосредственно раздражать различные участки коры больших полушарий и отдельных подкорковых структур и регистрировать ответные реакции бодрствующего человека. Хронически вживленные электроды в различных участках мозга человека используют как для раздражения (электрические или химические), так и для отведения электрической активности различных участков мозга в сочетании с условнорефлекторными и психологическими приемами исследования. При удалении по медицинским показаниям различных участков мозга или рассечении его путей можно исследовать больных различными методами (условные рефлексы, психологические тесты, вызванные потенциалы). Все это дает много интересного для выявления структурных основ высшей нервной деятельности человека.

Наука о мозге в последние годы интенсивно развивается. Новые тонкие и точные электрофизиологические и нейрофармакологические способы исследования приносят все больше и больше данных о мозговых механизмах поведения человека. Однако крупнейший электрофизиолог Fessard (1969) справедливо пишет: «Знания об этапах мозговой динамики, вовлекаемых в формирование и в изменения условных реакций, могут только расширяться благодаря изучению электрофизиологии мозга, но было бы ошибкой, с одной стороны, не признавать границу этого метода, а с другой,— признавая его новейшие успехи, отказываться от классического метода Павлова».

Метод условных рефлексов, раскрывая синтетическую способность мозга, позволяет изучить динамику нервных процессов патологически измененного головного мозга психически больного. Учение о высшей нервной деятельности, заполняя пропасть существовавшую между психологией и физиологией, между психическим и физиологическим, относится к так называемым пограничным наукам, которые играют ведущую роль в современной системе знаний. Однако это положение не следует понимать как полное отождествление материальных физиологических процессов и психических явлений. Такое отрицание специфики психической деятельности может привести к тому, что под сложные психологиче-

ские факты будут подводиться «физиологические механизмы», установленные на животных, которые чисто внешне и мнимо объективно, как справедливо замечает С. Л. Рубинштейн (1959), объясняют изучаемые явления.

Не отрицая огромного значения для изучения патологических изменений высшей нервной деятельности человека «моделей», физиологических закономерностей, установленных на животных, необходимо подчеркнуть важность исследований специфических особенностей психической деятельности человека, учитывающих ведущую роль социальных факторов. Таким образом, не в отрицании психологии или нейрофизиологии, а в синтезе этих двух наук лежит путь, открытый И. П. Павловым, идя по которому, можно будет все больше и больше познавать нервные механизмы, а следовательно, в значительной степени и патогенез психических заболеваний.

Литература

Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., «Медицина», 1968, 537 с.

Беритов И. С. Структура и функции коры большого мозга. М., «Наука», 1969, 513 с.

Орбели Л. А. Вопросы высшей нервной деятельности. М.,—Л., АН СССР, 1949, 801 с.

Павлов И. П. Полн. собр. трудов. Т. 3, кн. 1 и 2. М.—Л., 1951, с. 390—435.

Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. М., ОГИЗ, 1947, 646 с.

Соколов Е. Н. Восприятие и условный рефлекс. М., Изд. АМН РСФСР, 1958, 333 с.

Глава 9

Вопросы психофармакологии в судебно-психиатрической клинике

В настоящее время психиатры обладают большим арсеналом психофармакологических препаратов, которые позволяют проводить активную терапию практически всех психических заболеваний. Однако широкое применение психотропных средств, большие терапевтические возможности изменяют клиническую картину и течение психических заболеваний, что следует учитывать и использовать при судебно-психиатрической экспертизе.

Стало возможным выявить обратное развитие многих симптомов, которые ранее считались необратимыми. Значительно изменился прогноз некоторых ранее неблагоприятных форм психиче-

ских заболеваний. Совершенно иное освещение получили такие понятия, как «ремиссия», «рецидив» и др.

Широкое применение психофармакологических средств ставит перед экспертом-психиатром две проблемы. Фармакотерапия, проводившаяся обследуемому даже задолго до экспертизы, может глубоко изменить картину заболевания, динамику психоза, характер ремиссии, внести свои симптомы, что необходимо учитывать и оценивать.

Лечение в условиях экспертизы преследует в первую очередь терапевтические цели, но может существенно помочь дифференциальной диагностике, поскольку оказывает характерное влияние на течение заболевания: подавляет, ослабляет, а иногда и обостряет симптоматику. Такой фармакологический патоморфоз болезни постоянно изучается и учитывается в судебно-психиатрической клинике.

Большая сеть психиатрических диспансеров и больниц в нашей стране, широкое применение различных психофармакологических препаратов как в условиях стационара, так и на дому, обусловливают то, что большинство лиц, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу, в прошлом получали ту или иную фармакотерапию.

Как показано в работах А. В. Снежневского (1961, 1969), Т. А. Невзоровой (1963), Г. Я. Авруцкого (1964), С. Г. Жислина (1965), Н. И. Фелинской (1968) и др., психотропные средства значительно изменяют клиническую картину, течение и исход шизофрении, реактивных состояний, различных депрессий, инволюционных и других психозов. Как отмечают эти авторы, под влиянием современной фармакотерапии изменяется не только характер и интенсивность симптомов заболевания, но, благодаря влиянию на патогенетические механизмы психоза, возникает более отчетливый и ускоренный патоморфоз синдромов. Одной из составных частей этого патоморфоза является распад сложных синдромов на более простые, «расслоение» синдромов. С другой стороны, возникают или включаются в комплекс синдромов новые симптомы, не свойственные им в классическом виде.

Так, большое значение в патоморфозе шизофрении имеет снижение аффективности, что заметно отражается на общей структуре синдрома. Под влиянием психотропных препаратов довольно рано может возникать известное критическое отношение к заболеванию, сочетание продуктивной симптоматики с парциальной критикой к ней, что вносит особенности в судебно-психиатрическую экспертизу.

В результате ослабления специфических для заболевания симптомов наиболее существенные проявления психоза могут стать

менее выраженными после применения психофармакологических средств, и тогда на первый план выступают нейтральные и неспецифические. Так, при лечении шизофрении на стадии регрессии заболевания часто наблюдаются картины, напоминающие затянувшиеся психогении, неврозоподобные нарушения и т. д.

Использование психофармакологических препаратов может внести качественно новые симптомы, которые считают осложнениями фармакотерапии. Например, при использовании нейролептиков иногда возникают довольно тяжелые формы депрессии. Как правило, депрессия является результатом специфического действия нейролептических препаратов на нейрохимические процессы центральной нервной системы. Однако отдельные виды депрессии, возникающей на фоне улучшения психического состояния больных в результате нейролептической терапии, расценивают как следствие появления критики у больных шизофренией и формирования в связи с этим реакции на заболевание и сложившуюся ситуацию. Другими словами, в этих случаях возникает психогенная депрессивная реакция, что несомненно следует дифференцировать при судебно-психиатрической экспертизе.

Несколько реже, чем депрессия, при использовании нейролептиков возникают состояния со спутанностью сознания, типа делириозных и аментивных. Возникновению этих состояний способствуют большие дозы препарата, одновременное назначение нескольких препаратов, быстрое увеличение дозы, пожилой возраст, органические поражения мозга. Для судебных психиатров особенно важно, что в формировании делириозных состояний, иногда с аментивными симптомами, играет роль внезапное прекращение лечения нейролептиками, лечение нейролептиками на фоне предшествующего злоупотребления алкоголем, а также появление дополнительных эмоциональных нагрузок.

Частым осложнением массивной нейролептической терапии является паркинсоноподобный синдром с характерными изменениями мышечного тонуса, нарушениями двигательной активности, вегетативно-сосудистой дистонией. Назначение с лечебной целью антидепрессантов тоже может привести к возникновению новых психотических симптомов. Могут появиться или усилиться беспокойство, страх, возбуждение. Одним из характерных осложнений является развитие делириозного синдрома различной интенсивности. В этих случаях возникают тремор рук и некоторая ригидность мускулатуры, двигательное беспокойство, помрачение сознания, эйфория или апатия, страх и бредовые высказывания, зрительные и тактильные галлюцинации. При недостаточно точной нозологической диагностике и назначении антидепрессантов больным шизофренией с депрессивным состоянием может насту-

пить обострение основного процесса в виде появления галлюцинаторно-параноидной симптоматики, возбуждения и т. д.

Лечение транквилизаторами приводит к появлению слабости, усталости, временному нарушению памяти. Внезапная отмена транквилизаторов, наоборот, может вызвать возбуждение, бессонницу, иногда острые психозы с суицидальными тенденциями. Длительное применение стимуляторов, особенно из группы амфетаминов, может вызвать психоз, очень напоминающий шизофрению.

Психофармакологические средства изменяют не только структуру и картину психоза, они оказывают существенное влияние на течение заболевания и его динамику. А. В. Снежневский (1961), Т. А. Невзорова (1963), Г. Я. Авруцкий (1964) и др. показали, что под действием психофармакологических средств меняется стереотип развития эндогенных психозов. Некоторые непрерывно текущие формы шизофрении обнаруживают склонность к приступообразности, при этом при последующих приступах заболевания отмечается фармакогенный патоморфоз клинической картины.

Широкое использование психофармакологических препаратов изменяет и характер ремиссий. Так, в настоящее время довольно распространена ремиссия шизофрении, на которой лежит отпечаток нейролептического действия: эмоциональная лабильность, астения, неврастенические симптомы, навязчивости, фобии, ипохондрические настроения, низкая активность и т. д.

Фармакотерапия вносит особенности и в исходные стадии шизофрении — в состояние дефекта.

Учет изменений, которые вносят психотропные препараты в структуру и клиническую картину психоза, в его течение и исход, существенно облегчит судебно-психиатрическую экспертизу и позволит вынести правильное заключение о характере заболевания, которым страдает обследуемый. В диагностически неясных случаях разумная терапия, тщательное наблюдение за действием лекарств и динамикой клинической картины, сочетание психофармакологических средств с лабораторными исследованиями: биохимическими, патофизиологическими, психологическими помогут в дифференциальном диагнозе и правильном решении при судебно-психиатрической экспертизе.

Литература

Авруцкий Г. Я. Современные психотропные средства и их применение в лечении шизофрении. М., «Медицина», 1964, 302 с.

Александровский Ю. А. Клиническая фармакология транквилизаторов. М., «Медицина», 1973, 333 с.

7 Заказ № 1565

Биологическая терапия психических заболеваний. Л., «Медицина», 1975, 312 с. Авт.: Г. Я. Авруцкий, Р. Я. Вовин, А. Е. Личко, А. Б. Смулевич.
Невзорова Т. А. Клинические закономерности шизофрении в процессе лечения психотропными препаратами. М., «Медицина», 1963, 137 с.
Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1960, № 1, с. 91—108.
Снежневский А. В. Психофармакологические средства.—«Клин. мед.», 1961, № 10, с. 126—134.
Темков И., Киров К. Клиническая психофармакология. М., «Медицина», 1963, 355 с.

Clinical Psychopharmacology. Ed. by Freyhan F., Petrilowitsch N., Pichot P. Basel, S. Karger, 1968, 284 p.
Depression: Its Diagnoses and Treatment. Ed. by Kline N. Basel, S. Karger, 1969, 92 p.
The Neuroleptics. Ed. by Bodon D., Janssen P. Basel, S. Karger, 1970, 190 p.

Раздел второй

Неврологические и лабораторные методы исследования в судебно-психиатрической клинике

Глава 10

Неврологическое исследование

Неврологическое обследование лиц, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу, призвано оказать помощь эксперту-психиатру в решении вопроса о психическом заболевании и вменяемости. Выявляемые при таком исследовании изменения головного мозга помогают уточнить этиологию заболевания (последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, опухоль мозга и др.) и обусловленных им нарушений психики, выяснить характер (органический или функциональный) поражений нервной системы.

При опросе обследуемых в первую очередь следует установить наличие и характер головной боли, ее локализацию и интенсивность. Особого внимания заслуживают жалобы на припадки судорог с потерей сознания. Внимательный наружный осмотр позволяет выявить атрофию мышц, контрактуры, гиперкинезы, аномалии и асимметрии в строении костей черепа, деформации позвоночника, грудной клетки, рук и ног.

Объективное неврологическое обследование обычно начинают с исследования зрачков. Определяют их форму и величину, реакцию на свет и конвергенцию. Среди нарушений зрачковых реакций наибольшее значение имеет симптом Аргайлла Робертсона, почти патогномоничный для сифилитического поражения нервной системы. Он заключается в отсутствии реакции зрачка на свет при сохранении реакции на конвергенцию и аккомодацию. При спинной сухотке симптом Аргайлла Робертсона, как правило, сочетается с отсутствием ахилловых рефлексов. Однако следует отметить, что этот симптомокомплекс (анизокория, отсутствие реф-

лекса зрачка на свет, живая реакция его на конвергенцию, сочетающиеся с отсутствием ахилловых рефлексов) может наблюдаться и при синдроме Эди. Его особенностью является то, что зрачок при освещении не суживается, а в темноте расширяется, под влиянием света вновь медленно суживается (становится уже, чем до пробы) и только постепенно достигает первоначальной ширины. Синдром Эди отличается от синдрома Аргайлла Робертсона чаще всего односторонним характером поражения, очень медленным сужением зрачка, хорошим расширением зрачка под влиянием атропина. Синдром Эди встречается при инфекционных и токсических поражениях нервной системы.

Необходимо установить наличие и выраженность поражения III (глазодвигательный), IV (блоковый) и VI (отводящий) черепномозговых нервов. Исследование V (тройничный) нерва, в частности определение болезненности при давлении в области точек выхода первых ветвей нерва (супраорбительные точки), поможет выявить поражение мозговых оболочек, церебральный арахноидит, а также синдром повышенного внутричерепного давления. О болезненности при давлении в супраорбитальных точках можно судить по соответствующей мимической реакции.

При исследовании функции VII (лицевой) нерва следует учитывать, что ослабление иннервации лица за счет центрального пареза касается только нижнего отдела лицевой мускулатуры и сочетается с другими, хотя бы легкими, симптомами центрального пареза, повышением сухожильных рефлексов, снижением брюшных рефлексов, патологическими пирамидными рефлексами Бабинского, Оппенгейма, Россолимо и др.

Исследуя движения глазных яблок, можно обнаружить нистагм, который чаще всего бывает горизонтальным и выявляется при взгляде в стороны. Нистагм, обусловленный поражением лабиринта, чаще горизонтальный, реже горизонтально-ротаторный, мелкоразмашистый. Нистагм при стволовых поражениях чаще горизонтальный, иногда ротаторный и вертикальный, резче в сторону очага. Бывает так называемый врожденный нистагм: грубые подергивания глазных яблок, часто ротаторные, определяются при взгляде прямо. Врожденный нистагм, как правило, сочетается со значительным снижением зрения.

При исследовании двигательной сферы определяют объем активных движений, мышечную силу. Легкий парез руки и ноги может быть выявлен при пробе Барре (верхняя и нижняя). Особое внимание необходимо уделять мышечному тонусу. Повышение тонуса мышц рук и ног по пластическому (экстрапирамидный) типу часто является следствием реактивного состояния. В этих случаях повышение тонуса мышц сочетается с амимией

или гипомимией, нарушением конвергенции, недоведением глазных яблок кнаружи, бради- и олигокинезией, ахейрокинезом, нарушением походки (ходьба мелкими шагами), своеобразной позой (голова несколько наклонена вперед, иногда ноги слегка согнуты в коленных суставах). Указанные изменения связаны с нарушением функции сетевидного образования ствола головного мозга, характерным для реактивного состояния (Г. В. Морозов, 1963; 1968; И. П. Анохина, 1963). Подобные изменения позволяют отвергнуть подозрение на симуляцию.

Повышение тонуса мышц по пластическому типу бывает и при шизофрении, однако в этих случаях повышение тонуса редко сопровождается гипомимией, ахейрокинезом, нарушением походки. При шизофрении тонус неравномерно повышен в отдельных группах мышц (Г. В. Морозов, 1968; Г. Я. Лукачер, Т. Г. Морозова, 1973).

Необходимо обращать внимание на наличие гиперкинеза, особенно хореического. Он заключается в быстрых, беспорядочных подергиваниях в разных частях тела. Движения могут напоминать произвольные двигательные акты, жесты, гримасы. В судебно-психиатрической практике встречаются случаи наследственной хореи Гентингтона — хронического прогрессирующего заболевания с хореическим гиперкинезом и слабоумием. Болезнь начинается в зрелом возрасте, чаще всего в 35—40 лет. Гиперкинез обычно предшествует снижению интеллекта. Изменения психики заключаются в общей вялости, апатии, повышенной раздражительности, рассеянности, снижении критики, резком ухудшении памяти. Иногда бывают зрительные и слуховые галлюцинации.

Для выявления статической атаксии испытуемому предлагают стоять со сдвинутыми ногами и закрытыми глазами. Динамическая атаксия проявляется в неточности и несоразмерности движений. Легкая динамическая атаксия видна при пальце-носовой и при пяточно-коленной пробе. Нарушения координации возникают при поражении задних корешков и задних столбов спинного мозга (такое нарушение наблюдается при сухотке спинного мозга), поражении ствола, зрительного бугра, вестибулярного нерва, мозжечка и его систем, коры больших полушарий в постцентральной, верхней теменной областях, а также в лобной области, тесно связанной с корой мозжечка. Промахивание при пальце-носовой и пяточно-коленной пробе наблюдается при всех формах атаксии, при поражении мозжечка и его систем оно часто принимает форму интенционного дрожания. В покое интенционное дрожание отсутствует, появляясь только в движении, и резко усиливается при приближении конечности к цели. Атаксия может быть следствием опухоли лобной или височной доли. В таких случаях осо-

бенно нарушается равновесие, расстраиваются стояние и ходьба, в связи с чем у больных иногда неправильно предполагают поражение мозжечка.

При обследовании лиц, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу, можно наблюдать статическую атаксию (положительный симптом Ромберга), однако при выполнении пальценосовой пробы статическая атаксия исчезает, что свидетельствует о функциональном ее характере или об установочном поведении (симуляции).

Интенционное дрожание в сочетании с нистагмом, дизартрией, высокими сухожильными рефлексами, снижением или отсутствием брюшных рефлексов, патологическими пирамидными рефлексами позволяет диагностировать рассеянный склероз. При рассеянном склерозе бывают нарушения психики (снижение критики к своему состоянию), и такие больные могут оказаться среди лиц, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу.

Исследование чувствительности в судебно-психиатрической практике сопряжено с известными трудностями. Это связано в первую очередь с субъективно-объективным характером исследования. О нарушении чувствительности можно говорить лишь в тех случаях, когда оно сочетается с другими объективными изменениями (двигательные, рефлекторные, трофические) и соответствует определенному типу расстройства чувствительности (периферический, корешково-сегментарный, проводниковый). Судить о нарушении мышечно-суставного чувства можно лишь тогда, когда оно сочетается с другими объективными симптомами (симптом Ромберга, отсутствие или снижение ахилловых рефлексов и др.).

Коленные и ахилловы рефлексы являются наиболее постоянными сухожильными рефлексами, и их отсутствие приобретает существенное значение. Отсутствие коленных и ахилловых рефлексов при анизокории и положительном симптоме Аргайлла Робертсона дает основание заподозрить спинную сухотку. Утрата коленных и ахилловых рефлексов может быть следствием перенесенного полиомиелита (в таких случаях наблюдается гипотрофия мышц, деформация конечностей) или полиневрита.

Повышение сухожильных рефлексов, сочетающееся со снижением брюшных рефлексов и патологическими пирамидными рефлексами Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, указывает на поражение пирамидных путей. Равномерное повышение сухожильных рефлексов при живых брюшных рефлексах и отсутствии патологических рефлексов характерно для неврозов.

Необходимо исследовать оболочечные симптомы. В судебно-психиатрической практике почти не приходится встречаться с ригидностью затылочных мышц. Ценность симптома Кернига как

признака поражения оболочек головного мозга у взрослых не очень велика, так как этот симптом часто бывает обусловлен пояснично-крестцовым радикулитом—наиболее распространенным заболеванием нервной системы у взрослых. Нередко выявляется симптом Брудзинского (нижний) (при максимальном пассивном сгибании одной ноги в коленном и тазобедренном суставах другая нога также сгибается).

Положительный симптом Брудзинского (нижний) в сочетании с нистагмом, болезненностью при давлении в супраорбитальных точках, недоведением глазных яблок кнаружи позволяет заподозрить у обследуемого повышение внутричерепного давления, а также арахноидит (поражение паутинной оболочки) головного мозга травматической или инфекционной этиологии. При повышении внутричерепного давления могут возникать психические расстройства (Г. Е. Сухарева, 1946; А. В. Триумфов, 1959; Н. М. Вяземский, 1964; С. Г. Индикт, 1971). Кроме того, оно может быть обусловлено опухолью головного мозга. Выявление синдрома повышенного внутричерепного давления в практике судебно-психиатрической экспертизы имеет существенное значение. Повышение внутричерепного давления может быть одной из причин исключительных состояний, в частности патологического опьянения (Г. В. Морозов, А. К. Качаев, Г. Я. Лукачер, 1973).

О состоянии вегетативной нервной системы можно судить по характеру дермографизма, частоте и лабильности пульса, лабильности артериального давления. О поражении гипоталамической области свидетельствуют вегетативно-сосудистые пароксизмы с болью в области сердца, ощущением нехватки воздуха, страхом, сопровождающихся сердцебиением, ознобоподобным дрожанием, обильным мочеиспусканием и последующей резкой общей слабостью, а также нейроэндокринные нарушения, трофические расстройства.

Для установления нозологического и топического неврологического диагноза часто необходимы дополнительные методы исследования: консультации с офтальмологом, рентгенография черепа, электроэнцефалография, исследование спинномозговой жидкости и др. Офтальмологическое исследование (определение остроты зрения, полей зрения, состояния глазного дна и прежде всего дисков зрительных нервов) необходимо при подозрении на гипертензионный синдром, последствиях черепно-мозговых травм и нейроинфекций, сифилитических поражениях центральной нервной системы, ее сосудистых заболеваниях, подозрении на опухоль головного мозга. Выявление застойных дисков зрительных нервов, атрофии зрительных нервов помогает уточнить диагноз. На рентгенограммах черепа можно обнаружить ряд характерных призна-

ков повышения внутричерепного давления: усиление пальцевых вдавлений костей свода черепа, расширение входа в турецкое седло. При опухолях головного мозга, токсоплазмозе, болезни Штурге — Вебера, протекающей с эпилептическими припадками, можно обнаружить очаги обызвествления в полости черепа. При опухолях гипофиза и гипофизарной области определяется резкое увеличение турецкого седла. При невриноме слухового нерва бывает расширение внутреннего слухового прохода. Часто находят обызвествление шишковидной железы, смещение которой при опухолях может помочь в топической диагностике.

Ценным вспомогательным методом диагностики является электроэнцефалография. Она помогает в распознавании опухоли головного мозга и эпилепсии, диэнцефального (гипоталамического) синдрома, уточнении локализации очагов нарушения кровообращения и травматического повреждения. Особенно большую роль в диагностике заболеваний головного и спинного мозга играет исследование спинномозговой жидкости, для чего производят поясничный прокол.

В положении больного лежа на боку нормальное давление спинномозговой жидкости колеблется в пределах от 100 до 200 мм вод. ст. Повышенное давление спинномозговой жидкости свидетельствует о повышении внутричерепного давления, гипертензионном синдроме. Количество белка может увеличиваться при опухоли головного мозга, церебральном арахноидите, сифилитических поражениях головного мозга. Реакция Вассермана и реакция Ланге (реакция с коллоидным золотом) помогают в диагностике сифилитических поражений нервной системы. При указанных заболеваниях целесообразно исследование спинномозговой жидкости на реакцию иммобилизации бледных трепонем. В случае подозрения на опухоль головного мозга проводят эхоэнцефалографическое исследование.

В практике судебно-психиатрической экспертизы неврологическое исследование нужно проводить при травматических, инфекционных, сосудистых поражениях головного мозга, подозрении на опухоль головного мозга, реактивных состояниях, в случаях, подозрительных на исключительные состояния. Особенно важно неврологическое исследование при эпилепсии. Для травматической эпилепсии в отличие от так называемой генуинной эпилепсии (эпилептической болезни) характерны органические неврологические симптомы, такие, как оболочечные симптомы, нистагм, асимметрия носогубных складок, сухожильных и брюшных рефлексов и др. При алкогольной эпилепсии характерные для эпилепсии изменения на электроэнцефалограмме в большинстве случаев отсутствуют.

Комплексное неврологическое исследование позволяет установить нозологический и топический диагноз поражения нервной системы, определить выраженность функциональных нарушений и тем самым помогает в судебно-психиатрической экспертизе.

Литература

Анохина И. П. Исследование стволовой ретикулярной формации при нарушении двигательных функций в случаях затяжных реактивных состояний.— В кн.: Проблемы общей и судебной психиатрии. М., 1963, с. 229—236.

Вяземский Н. М. Значение местного поражения головного мозга в клинике и патогенезе психических расстройств. М., «Медицина», 1964, 240 с.

Лукачер Г. Я., Морозова Т. Г. Нарушение мышечного тонуса при реактивных состояниях и шизофрении и его судебно-психиатрическое значение.— В кн.: Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Т. I. М., «Медицина», 1974, с. 294—296.

Морозов Г. В. Ступорозные состояния. М., «Медицина», 1968, 243 с.

Морозов Г. В., Качаев А. К., Лукачер Г. Я. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения. М., «Медицина», 1973, 87 с.

Сухарева Г. Е. Периодические психозы с циркулярным течением на фоне резидуальной церебральной недостаточности.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1946, № 4, с. 6—13.

Глава 11

Методы психологического исследования

Психологические методы обследования применяются при всех видах судебно-психиатрической экспертизы. Задачи психологического обследования в этих случаях состоят в выявлении и всестороннем анализе нарушений познавательных процессов и личности при психических заболеваниях, определении глубины имеющихся расстройств, степени снижения личности, отграничении симуляции и аггравации от псевдодеменции и слабоумия.

Основные задачи психологического обследования в судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизе следующие: отграничение истинной умственной отсталости несовершеннолетних от задержек психического развития, не связанных с психическим заболеванием; определение соответствия психического развития подростка его возрасту; отграничение патологического аффекта от физиологического и других состояний эмоциональной напряженности; анализ структуры и динамики физиологического аффекта; определение индивидуально-психологических особенно-

стей личности: зрелости или незрелости, повышенной внушаемости, склонности к фантазированию, индивидуальных особенностей познавательных процессов и личности, эмоционально-волевой сферы, системы отношений и установок.

Для экспертных целей применяют не одну методику, а методические комплексы, различно составленные в зависимости от конкретной задачи психологического обследования, образования, запаса знаний обследуемого. Необходимо дать широкое освещение личности в целом, не только в ее интеллектуальных проявлениях, но и в связи с эмоциональными, волевыми особенностями, общими тенденциями, установками.

Используют экспериментальные и неэкспериментальные методы. К неэкспериментальным методам относятся беседа и наблюдение. Беседа по форме может быть структуированной, по специальному опроснику, и неструктуированной, по поставленной цели. Содержание беседы может иметь различную направленность: биографическую, познавательную, личностную и др. Наблюдение как психологический метод также бывает различных видов: объективное, косвенное, самонаблюдение. Наблюдение и беседа становятся научными психологическими методами, если они, не дублируя клинициста, осуществляются целенаправленно, обеспечивают представительность материала, проводятся с систематической регистрацией.

Основной частью психологического обследования является эксперимент, предполагающий наличие экспериментальной задачи, определяемой методикой (материал) и инструкцией, которая обусловливает операционную и мотивационную стороны задачи. Эксперимент, основанный на достижениях советской материалистической психологии, общей концепции о строении активной психической деятельности (Л. С. Выготский, 1960; Леонтьев, 1965), теории формирования умственной деятельности (П. Я. Гальперин, 1966) дает возможность анализировать не только продукты психической деятельности, но и внутреннюю психологическую структуру и динамику психических процессов. Мы имеем в виду следующие этапы умственной деятельности: ориентировочный (ознакомление с задачей, поиск путей решения, перебор гипотез, составление плана, перевод проблемной ситуации «во внутренний план», что необходимо для адекватного решения задачи); автоматизированный (применение готовых способов решения, навыков, умений, «свернутых», автоматизированных умственных действий, выработанных и закрепленных в онтогенезе); контрольно-сличительный (сличение условий задачи с результатом выполнения, проверка адекватности выбора решения условиям задачи). Психологические методики, применяемые в психиатрических клини-

ках, описаны в статьях, монографиях, руководствах (Н. Н. Станишевская, 1966; С. Я. Рубинштейн, 1970, и др.).

Приводим некоторые методики, их модифицированные варианты, а также показатели, важные для дифференциальной диагностики и определения степени снижения интеллектуальной деятельности.

Исследование мышления. Методика исключения предметов. Обследуемому поочередно предлагают 15 карточек и просят выделить один предмет из 4 нарисованных на каждой карточке так, чтобы остальные 3 можно было объединить по наиболее общему признаку. В модифицированном нами варианте учитываются латентный период и общее время ответа по каждой карточке, способность точно выполнить инструкцию, качественные особенности ориентировочной деятельности; степень автоматизированности умственных действий; уровень вербализации; особенности контрольно-сличительного этапа мыслительной деятельности.

Классификация предметов. Обследуемому предлагают 70 карточек с изображениями живых существ, растений, предметов и просят разложить эти карточки на группы по наиболее общим признакам. В модифицированном нами варианте предлагается 5 последовательных этапов предъявления с нарастающей детерминацией. Пятый этап включает словесный отчет.

Выделение существенных признаков. Требуется выделить 2 наиболее существенных признака ключевого слова из 5 предложенных (сад — садовник, земля, собака, забор, деревья).

Сравнение понятий. Обследуемого просят найти сходство и различие разных пар объектов (корова — лошадь; ось — оса; очки — деньги и др.).

Определение понятий. Предлагают определить значение слов, обозначающих предметы или явления (груша, стул, снег, земля и др.).

Установление логических отношений. Подобрать к заданным словам либо общие (тарелка — посуда), либо частные понятия (собака — бульдог); подобрать соответствующие логические отношения ко второй паре слов (лимон — кислота, конфета —...); выбрать аналогичное слово из нескольких (театр — артист, школа — парта, ученик — тетрадь).

Решение арифметических задач нарастающей сложности, а также с провоцирующими элементами в условии (на двух полках было 18 книг; на одной из них книг было в 2 раза больше, чем на другой. Сколько книг было на каждой полке?). Возможно предъявление и других задач.

Кубики Кооса. Предлагают сложить целую геометрическую фигуру из разрозненных кубиков по образцу.

Понимание переносного смысла пословиц, метафор. Называют ряд пословиц или метафор и просят объяснить их смысл; устанавливают смысловое соответствие между пословицами и различными фразами. Изучают понятийное, абстрактное мышление, способность к переносу с сохранением уровня обобщений, а также логичность суждений.

Пиктограмма. Обследуемому предлагают сделать зарисовки для последующего воспроизведения по ним слов (развитие, разлука, вкусный ужин и др.). Применяется не только для исследования мышления, но и памяти, особенностей ассоциаций, выявляет символику.

Воспроизведение рассказов. В модифицированном нами варианте учитывается время прочтения и число предъявлений, необходимое для полного воспроизведения текста, число воспроизведенных смысловых единиц. Предлагают прочитать, пересказать или записать его, сделать соответствующий вывод, умозаключение, а затем подобрать подходящую к рассказу по смыслу пословицу. Изучают не только особенности мышления и речи, но и смысловой памяти.

Исследование памяти. Методика заучивания 10 слов. В модифицированном нами варианте учитывают не только число воспроизведенных слов, но и время, последовательность воспроизведения, число дублирующих слов, а также слов-привнесений. Это позволяет регистрировать не только число воспроизведенных слов, но и динамику процессов запоминания: замедленность, ригидность, истощаемость, самоконтроль, влияние интерферирующих воздействий. Для исследования различных сторон памяти применяют также ряды цифр, геометрических фигур, смысловые пары, ряды слов с наглядными опорами и др.

Для **дополнительных исследований** восприятия, темпа работы, работоспособности, автоматизированности навыков, внимания, переключаемости, ассоциаций и др. используют следующие методики.

Узнавание и называние отдельных изображений в обычных и усложненных условиях зрительного восприятия (фигуры Поппельрейтера, Рубина, Вейгль); методика Крепелина — элементарный арифметический счет по таблице; корректурные таблицы — построчно составленные цифры, буквы, геометрические фигуры. Варианты выполнения: вычеркивание одной или нескольких букв (знаков), чередование последовательности и т. д.; проба на переключение — попеременное прибавление к 10 то 3, то 4; отсчитывание: 100—3; 100—7; 100—17 и т. д.; таблицы Шульте: отыскивание и называние чисел от 1 до 25 на специально составленных таблицах. Варианты: прямой и

обратный счет; соединение двух таблиц — красные и черные цифры.

Методики исследования мышления в специализированных условиях психологического эксперимента дают возможность изучать мыслительную деятельность в двух основных аспектах: во-первых, соотношение операционно-процессуальной (процессы абстрагирования, обобщения, систематизации и др.) и личностно-мотивационной (целенаправленность, произвольность, продуктивность, личностный смысл значений, критичность) сфер мышления; во-вторых, внутреннюю психологическую структуру мышления — системы ориентировочных, автоматизированных, внешнеречевых, контрольно-сличительных умственных действий.

Дифференциально-диагностические показатели. У больных шизофренией вначале нарушается личностно-мотивационная сфера мышления при относительной сохранности операционной. Отмечается патологическое искажение связи значение — субъективный смысл с потерей устойчивости объективного значения предмета, явления, ситуации, уравнивание в значимости существенных и несущественных признаков объекта, нарушение смыслообразующей функции мотива; потеря произвольности и коммуникативности мышления, множественность разновероятных решений вместо одного заданного; нецеленаправленность и непродуктивность мышления; в системе ориентировочных действий — чрезмерное расширение классов объектов при классификации, облегченность перевода в умственный план; при «хорошей» автоматизированности на контрольно-сличительном этапе умственного действия — недостаточность саморегуляции, самоконтроля.

При реактивных психозах нарушения мышления нестойки, но характеризуются большим полиморфизмом и диапазоном расстройств, захватывают все звенья мыслительного акта, начиная с ориентировочного и кончая контрольно-сличительным этапами, включают операционно-процессуальную и личностно-мотивационную сферы мышления; грубо выступают явления дезинтериоризации умственных действий, показатели эмоциональной напряженности, резкая замедленность, ригидность и истощаемость психических процессов. Мы описали эту особую форму патологии мышления и назвали ее психогенной функционально-динамической дезорганизацией мышления (Н. Н. Станишевская, 1971). При реактивной депрессии ее описала С. И. Криворучко (1975).

У психопатических личностей даже при высоком уровне отдельных мыслительных операций внутренняя психологическая структура мышления характеризуется своеобразием системы ориентировочных действий, их относительной редуцированностью, не-

полным охватом всех элементов ситуации, трудностью перевода в умственный план, связанностью со зрительными опорами, а контрольно-сличительная деятельность — недостаточностью саморегуляции. Особенно нарушено побуждение к самоконтролю.

При травматических поражениях головного мозга эти методики вскрывают другие закономерности патологии мышления. В первую очередь отмечаются замедленность, ригидность, истощаемость, снижение уровня обобщений, т. е. нарушается операционно-процессуальная сфера мышления. В системе ориентировочных действий выявляется сужение классов объектов при планировании решения задач; трудность перевода в умственный план, «связанность» со зрительными опорами. В отличие от больных шизофренией речевое мышление, несмотря на «операционную обедненность», долго сохраняет коммуникативность, обращенность к другому человеку, произвольность.

По нашим данным, критериями снижения интеллектуальной деятельности являются не только и не столько особенности отдельных интеллектуальных операций (низкий уровень обобщений, абстрагирования), сколько критичность и целенаправленность мышления, способность к коррекции, переносу, обучаемость, адекватность самооценки.

При симуляции умственной недостаточности в отличие от истинных нарушений всегда выступает целенаправленная деятельность с осознанными мотивами и целью. В этих случаях психолог имеет дело не с самой умственной недостаточностью, а с волевыми действиями по модели интеллектуальной недостаточности. В эксперименте это обнаруживается в виде определенной системы ошибок, удлинении времени решения задач, непринятии помощи экспериментатора, предшествующих решению отказах, которые всегда мотивированы, эмоционально окрашены, и, наконец, в грубом несовпадении данных при сопоставлении результатов исследования по различным методикам.

Помимо основного комплекса, в экспертной практике часто применяется метод Роршаха, тематический апперцепционный тест (ТАТ), исследование самооценки, уровня притязаний и др. Метод Роршаха применяют для изучения структуры личности, индивидуальных особенностей восприятия и мышления, соотношений эмоций и интеллекта, интеллектуального контроля эмоций, состояний эмоционального напряжения. Состоит из 10 таблиц «чернильных пятен» (5 хроматических и 5 ахроматических), предъявляемых в строго установленном порядке. Инструкция «Расскажите, что вы видите. На что это похоже?» не допускает примеров, подсказок, видоизменений. Регистрируются латентный период и общее время ответа по каждой таблице; время ответов

не ограничивают. При анализе результатов исследования учитывают 4 категории подсчета при формализации (сигнификации) данных, т. е. переводе в символы: 1 — локализация, т. е. используется для ответа целое пятно или его часть, большая или маленькая деталь; 2 — детерминанты, т. е. что является ведущим для ответа: форма пятна, его цвет, ощущение движения или сочетание их, особенности сочетаний; 3 — содержание ответа, т. е. животные, люди, растения, предметы и т. д.; 4 — оригинальность или популярность ответа, т. е. частота повторения среди всех ответов. Интерпретация данных требует сведения всех показателей в единую систему, в которой каждый показатель характеризуется множественностью значений, но приобретает однозначность в совокупности данных.

Знакомство с методами психологического обследования может оказать существенную помощь эксперту-психиатру, так как дает возможность правильно использовать экспериментальные данные и анализировать их в соответствии с конкретными клиническими и экспертными задачами.

Литература

Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Ташкент, «Медицина», 1976, 323 с.

Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., Изд-во МГУ, 1962, 242 с.

Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., «Медицина», 1966, 422 с.

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., «Медицина», 1970, с. 214.

Станишевская Н. Н. Методы психологического исследования.— В кн.: Судебная психиатрия. Под ред. Г. В. Морозова. М., «Медицина», 1965, с. 114—120.

Станишевская Н. Н. Методы экспериментально-психологического исследования в судебно-психиатрической экспертизе.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Под ред. Г. В. Морозова. В. 17. М., «Медицина», 1966, с. 268—285.

Глава 12

Электрофизиологические исследования

Изучение электрической активности мозга давно заняло прочное место в психиатрической клинике как один из методов лабораторного исследования. Преимущество электроэнцефалографических методов заключается в том, что они дают объективные по-

казатели о деятельности мозговых структур. Это обстоятельство делает их особенно ценными в судебно-психиатрической клинике, где точность диагноза и обоснование экспертного заключения объективными данными имеют особое значение.

Однако при направлении обследуемого в лабораторию и при использовании электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в экспертной оценке необходимо четко представлять себе возможности и границы применения электроэнцефалографических методов.

Электроэнцефалография представляет собой запись спонтанной электрической активности мозга и ее реакции на действие различных раздражителей. Для регистрации ЭЭГ используют специальные приборы — электроэнцефалографы, позволяющие одновременно регистрировать электрическую активность в нескольких точках головы. Запись производится чернилами на движущейся бумажной ленте.

Методика электроэнцефалографии, применяемая в судебно-психиатрической экспертизе, практически не отличается от методов, используемых в других случаях. Однако при направлении на исследование необходимо учитывать психический статус данного лица и возможность некоторое время находиться в необычной обстановке (затемненная кабина, шлем с электродами на голове) и в относительной неподвижности. Иногда нужна предварительная психотерапевтическая подготовка обследуемых или присутствие лечащего врача при наложении электродов и записи биопотенциалов. Рекомендуется исследовать больных до назначения лечения или в перерывах между курсами лечения, так как современные нейротропные средства оказывают значительное влияние на биопотенциалы мозга. Обычно используется многоканальная запись по стандартной схеме 10—20.

Особое значение приобретает использование функциональных тестов, особенно «кривой реактивности» по М. Н. Ливанову (1944а) и метода усвоения ритмов (появление на ЭЭГ ритмов, соответствующих частоте светового раздражителя). Используют также пробы с закрыванием и открыванием глаз, действие звуковых и световых раздражителей, пробу с гипервентиляцией и др. В части случаев применяют фармакологические пробы, например прием 0,2 г кофеина или 0,1 г коразола. Более подробные сведения о методах электроэнцефалографии сообщаются в специальных руководствах (Ю. Г. Кратин, В. И. Гусельников, 1971).

Электрическую активность мозга можно подразделить на несколько частотных диапазонов. Ритмы частотой 8—13 Гц относят к альфа-ритму. Он обычно имеет амплитуду от 10 до 80 мкВ. Более частые колебания (свыше 13 Гц) относятся к бета-ритму. Колебания частотой выше 4 и ниже 8 Гц относят к тета-ритму, а

еще более медленные волны — к дельта-ритму. На ЭЭГ различают острые волны, пиковые колебания и комплексы пик — волна.

Ритмы ЭЭГ связывают с функциональной лабильностью нервных клеток в понимании Н. Е. Введенского — А. А. Ухтомского (М. Н. Ливанов, 1944б; В. С. Русинов, 1948; Н. В. Голиков, 1950). Исследованиями Moruzzi, Magoun (1949) было показано, что тонус высших отделов мозга, в определенной степени связанный с их лабильностью, регулируется восходящими влияниями из сетевидного образования ствола мозга. Эти положения являются теоретической основой использования ЭЭГ для исследования функционального состояния мозговых структур.

Альфа- и бета-ритмы могут быть зарегистрированы у здорового человека в состоянии покоя и умственной деятельности. Медленные ритмы регистрируются в состоянии дремоты или сна. Появление их на ЭЭГ в бодрствующем состоянии обычно свидетельствуют об определенной патологии, чаще всего органического характера. Высокочастотный ритм (свыше 35 Гц) является признаком ирритации коры больших полушарий.

Условно выделяют 6 стадий ЭЭГ, характеризующихся преобладанием различных ритмов и представляющих собой переход от активного бодрствования (частая ритмика) к глубокому сну (медленные колебания). Существует несколько классификаций ЭЭГ. Одна из последних классификаций предложена Е. А. Жирмунской (1969), выделившей 5 типов ЭЭГ. Первые 2 типа характеризуются преобладанием альфа и бета-ритма и представляют собой абсолютную и относительную норму. Последующие 3 типа характеризуются нарастанием медленных колебаний, а также острых и пиковых волн и регистрируются при наличии патологии. Таким образом, стадии ЭЭГ отражают в основном сдвиги при изменении функционального состояния мозга, а типы ЭЭГ свидетельствуют о изменениях, обусловленных главным образом органическим процессом.

Описание ЭЭГ при отдельных психических заболеваниях представляет собой сложную задачу. Этому вопросу посвящено множество работ, результаты которых не всегда совпадают. Соответствующие данные представлены в ряде специальных руководств (Г. Ганев, 1970; И. С. Егорова, 1973; Christian, 1968). Приведем краткие сведения об этом.

Ш и з о ф р е н и я. Давно отмечено, что патологических кривых при шизофрении больше, чем в норме, что не исключает нормальной ЭЭГ при этом заболевании.

Некоторые авторы отмечают при шизофрении асимметрию и асинхронность колебаний, фрагментарность кривых, нарушение регионарных различий (Ф. В. Бассин, А. Л. Федорова, 1950).

Для шизофрении типично нарушение реактивности ЭЭГ на афферентные раздражители, в частности, при применении функциональных проб (В. М. Каменская, 1961; И. М. Фейгенберг, 1964). Перспективным оказалось сравнение ЭЭГ при различных формах шизофрении. Г. В. Морозов (1968) показал, что на ЭЭГ при кататоническом ступоре преобладает частая активность. К. К. Монахов (1972) использовал ЭВМ для различения ЭЭГ при непрерывно текущей и периодической шизофрении. Из ряда сочетаний электроэнцефалографических признаков машина выбрала наиболее характерные для данной формы заболевания и в контрольном эксперименте «поставила» правильный диагноз в большом проценте случаев.

Сравнительно слабо выраженную патологию ЭЭГ при шизофрении можно связать с тем, что при этом заболевании поражаются в основном тонкие межнейронные взаимодействия, лежащие в основе сложной психической деятельности. Эти нарушения не выявляет электроэнцефалография, представляющая собой запись суммарной активности больших групп нервных клеток. Данные ЭЭГ отражают главным образом нарушения эмоционального фона, в значительной степени зависящие от функции подкорковых центров, в том числе неспецифических мозговых структур, регулирующих тонус вышележащих нервных образований.

Реактивный психоз. Изменения ЭЭГ при реактивном психозе имеют в основном функциональный характер. В острой стадии наблюдаются дизритмия ЭЭГ, пиковые колебания; картина ЭЭГ неустойчива и изменчива. При хроническом течении заболевания можно выявить 3 стадии изменений, соответствующих глубине реактивного психоза. В 1-й стадии наблюдается гиперсинхронный альфа-ритм и небольшое понижение реактивности, во 2-й — преобладание частых ритмов ЭЭГ и, наконец, при углублении процесса — преобладание медленных волн и значительное снижение реактивности. Три типа нарушений ЭЭГ определяются различными вариантами кортико-ретикулярных отношений (А. М. Иваницкий, Н. Д. Филимонова, 1965).

Психопатия. Изменениям ЭЭГ при психопатиях посвящена большая литература. Одним из последних исследований в этом направлении является работа Н. А. Краснушкиной (1971), изучавшей 3 группы психопатий: возбудимую, тормозную и истерическую. Для возбудимой психопатии характерна выраженность альфа-ритма в фоновой ЭЭГ при высокой частоте его колебаний, а также хорошая реактивность ЭЭГ. Для тормозной психопатии, наоборот, характерна десинхронизация фоновой ритмики со снижением частоты основных ритмов ЭЭГ. При истерической психопатии величина альфа-индекса и частотные характеристики ЭЭГ

занимают среднее положение между двумя крайними группами психопатий — возбудимой и тормозной.

Различия в ЭЭГ между группами психопатий автор связывает с различными вариантами кортико-таламо-ретикулярного взаимодействия. Кроме того, в группе психопатий в целом было обнаружено статистически значимое повышение числа медленных волн по сравнению с нормой. Эти данные в известной мере соответствуют имеющимся в зарубежной литературе указаниям на больший по сравнению с нормой процент патологических кривых у так называемых социопатов, т. е. лиц с неустойчивой психикой, часто вступающих в конфликт с обществом.

Эпилепсия. Из всех нервно-психических заболеваний эпилепсия имеет наиболее четкую электроэнцефалографическую характеристику. Типичными признаками эпилепсии являются высокоамплитудные острые волны, а также комплексы пик — волна, регистрирующиеся во время припадка и в межприступном периоде, в том числе у лиц с малыми припадками. Характерным признаком эпилепсии являются также гиперсинхронные вспышки тета-ритма, периодически регистрирующиеся во всех отведениях. При генуинной эпилепсии на ЭЭГ регистрируется также обычно значительное число медленных волн.

ЭЭГ может быть также использована для определения локализации эпилептиформного очага, особенно в случаях травматической эпилепсии, так как в очаге изменения ЭЭГ выражены в наибольшей степени.

По данным Penfield, Jasper (1958), патология ЭЭГ при эпилепсии наблюдается в 95% всех случаев.

Органические заболевания центральной нервной системы. Органические заболевания мозга проявляются на ЭЭГ в виде патологических форм активности: медленных волн (дельта- и тета-волны) значительной амплитуды, а также отдельных острых и пиковых колебаний. Эти признаки являются в значительной мере общими для органических заболеваний травматического и сосудистого генеза. Большим достоинством ЭЭГ является то, что она позволяет не только установить органическое поражение, но и определить его локализацию (Е. А. Жирмунская, 1963). Аналогичные нарушения наблюдаются и при мозговых опухолях, где локальность поражения обычно достаточно выражена, что важно для оперативного вмешательства (Н. П. Бехтерева, 1960). Наряду с локальными нарушениями при опухолях обычно бывают и диффузные нарушения. При поверхностном расположении опухолей в зоне самой опухоли электрическая активность мозга имеет небольшую амплитуду («зона молчания»), на периферии, наоборот, регистрируются высокоамплитудные медленные волны.

При глубоком расположении опухоли локальность поражения выражена значительно слабее.

Для топической диагностики большое значение имеет не только изучение фоновой активности, но и применение функциональных проб, выявляющих снижение реактивности ЭЭГ в очаге поражения.

При диэнцефальном поражении (как органического, так иногда и функционального происхождения) на ЭЭГ регистрируются симметричные вспышки тета-ритма, а также дельта- и бета-колебаний, наиболее выраженные в передних отделах полушарий. В отличие от эпилепсии эти нарушения не сочетаются с острыми волнами и комплексами пик — волна на ЭЭГ.

Олигофрения. При олигофрении большинство авторов отмечают увеличение числа патологических кривых с признаками органического поражения мозга. Однако в некоторых случаях при олигофрении ЭЭГ может не обнаруживать значительных изменений. А. М. Иваницкий (1966) описал при олигофрении выраженные функциональные сдвиги ЭЭГ, соответствующие различным вариантам кортико-ретикулярных отношений. Описанные функциональные сдвиги также соответствовали эмоционально-волевым нарушениям у больных (повышение или снижение эмоционального фона).

Применение электроэнцефалографии в психиатрии и судебно-психиатрической экспертизе позволяет сделать следующие выводы. Изменения электрической активности мозга не являются специфическими для отдельных нозологических форм. В большей степени это относится к так называемым функциональным психозам, в меньшей степени — к органическим заболеваниям. Сравнительное изучение различных клинических групп часто позволяет выявить разницу между ними, особенно если эти группы четко отграничиваются друг от друга характером эмоционально-волевых расстройств.

Совершенствование регистрации и обработки ЭЭГ, очевидно, приведет к дальнейшему прогрессу в этом направлении.

ЭЭГ позволяет судить с достаточной уверенностью о наличии или отсутствии органического поражения головного мозга, так как такое поражение закономерно сопровождается выраженными и характерными изменениями ЭЭГ. Электроэнцефалографию можно с успехом применять для определения локализации поражения, что очень важно в неврологической, нейрохирургической и психиатрической клинике.

Нарушения ЭЭГ не имеют нозологической специфичности, но эпилепсия, как правило, сопровождается достаточно характерными изменениями ЭЭГ, в диагностике и дифференциальной диагно-

стике этого заболевания электроэнцефалографии принадлежит значительная роль.

Электроэнцефалографию можно с успехом использовать для изучения функционального состояния мозговых структур. Анализ функционального состояния мозга с помощью электроэнцефалографии помогает в исследовании патогенеза психических расстройств.

В нейрофармакологии регистрацию биопотенциалов применяют для изучения механизмов действия лекарственных препаратов и контроля за ходом лечения.

Сказанное выше во многом определяет и место электроэнцефалографии в экспертной практике. Заключение эксперта всегда основывается на комплексном клиническом обследовании, а электроэнцефалография как один из методов объективного исследования используется для установления диагноза. Такой подход к оценке электроэнцефалографических данных в экспертной практике принят как в нашей стране, так и за рубежом (Morse, 1968; Vetter, 1972).

Наибольшее значение ЭЭГ имеет в диагностике и судебно-психиатрической оценке эпилепсии. Особенные трудности для эксперта представляют те случаи, когда нужно оценить состояние психики в момент правонарушения. Оно может быть совершено в состоянии измененного сознания или при кратковременном выключении сознания (например, при происшествиях на транспорте). Объективные данные о наличии или отсутствии признаков эпилептиформной активности на ЭЭГ могут оказать существенную помощь эксперту. Сравнительно часто в экспертной практике надо установить органическое поражение головного мозга и его локализацию. Нередко такие вопросы возникают в связи с дифференциальной диагностикой между органическими и неорганическими нарушениями функции.

Однако лишь комплексная оценка клинических и электрофизиологических данных является основанием для правильного экспертного заключения.

Литература

Бассин Ф. В., Федорова А. Л. К вопросу о специфических изменениях мозговой электроактивности при шизофрении.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1950, т. 19, в. 5, с. 64—70.

Бехтерева Н. П. Биопотенциалы больших полушарий головного мозга при супратенториальных опухолях. М., Медгиз, 1960, 188 с.

Голиков Н. В. Электрическая активность головного мозга и ее зависимость от функционального состояния нервной системы.— В кн.: Ученые записки ЛГУ. Сер. биол. наук, № 123, в. 22. Л., 1950, с. 202—208.

Егорова И. С. Электроэнцефалография. М., «Медицина», 1973, 296 с.
Жирмунская Е. А. Электрическая активность мозга в норме, при гипертонической болезни и мозговом инсульте. М., Медгиз, 1963, 176 с.
Жирмунская Е. А. Некоторые количественные характеристики различных типов ЭЭГ человека.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1969, т. 69, в. 7, с. 984—990.
Иваницкий А. М. Нейрофизиологический анализ врожденных поражений мозга. М., «Наука», 1966, 253 с.
Иваницкий А. М., Филимонова Т. Д. Некоторые механизмы нарушения корково-подкорковых отношений при реактивных психозах.— В кн.: Пограничные состояния. Труды IV Всесоюзн. съезда невропатолов и психиатров. Т. V. М., 1965, с. 273—279.
Каменская В. М. Электрическая активность мозга у больных кататонической формой шизофрении в остром состоянии и во время ремиссии.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1961, т. 61, в. 4, с. 557—564.
Краснушкина Н. А. Особенности биоэлектрической активности головного мозга при психопатиях. Дис. канд. М., 1971, 168 с.
Кратин Ю. Г., Гусельников В. И. Техника и методика электроэнцефалографии. Л., «Наука», 1971, 319 с.
Ливанов М. Н. Частностные процессы и механизмы корковой деятельности.—«Ж. общ. биол.», 1944а, т. 5, в. I, с. 9—42.
Ливанов М. Н. Кривые электрической реактивности коры головного мозга животных и человека в норме и патологии. Сообщения I и II.—«Известия Акад. наук СССР», Сер. биол. 1944б, № 6, с. 331—346.
Монахов К. К. Электроэнцефалография.— В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. Под ред. А. В. Снежневского. М., «Медицина», 1972, с. 278—337.
Морозов Г. В. Ступорозные состояния (психогенные и кататонические). М., «Медицина», 1968, 239 с.
Русинов В. С. Электрофизиологическое исследование механизмов интегрирующей деятельности нервной системы и локализация патологического очага.— В кн.: Третья объединенная научная конференция Ин-та неврологии АМН СССР и Ин-та мозга Министерства здравоохранения СССР. М., 1948, с. 13—16.
Фейгенберг И. М. Сравнительная электроэнцефалографическая характеристика различных клинических групп больных шизофренией.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1964, т. 64, в. 4, с. 567—574.
Ганев Г. (ред). Клинична електрофизиология. София, «Медицина и физкультура», 1970, 341 с.

Christian W. Klinische Elektroensephalographie. Lehrbuch and Atlas. Stuttgart, Thieme, 1968, 336 s.
Morse H. N. The aberrational man—a tour de force of legal phychiatry (part I).—“J. of For. Sci.”, 1968, v. 13, N 1, p. 1—32.
Moruzzi G. Brain stem reticular formation and activation of the EEG.—“Electroenceph. clin. Neurophysiol.”, 1949, v. 1, p. 455—471.
Пенфилд У., Джаспер Г. (Penfield W., Jasper H.) Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга человека. М., Изд-во иностр. лит., 1958, 482 с.
Vetter K. Elektroencephalographische Untersuchungen and ihre Bedeutung in foro.—In: Handbuch der forensischen Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York, Spinger Verlag, 1972, S. 1511—1519.

Глава 13

Биохимические исследования

Достижения в области функциональной биохимии, значительный прогресс в методах биохимических исследований способствуют более широкому проникновению биохимии в общую и судебную психиатрию. В психиатрической клинике биохимические исследования используют для назначения обоснованной (патогенетическая) терапии, установления каких-либо противопоказаний при выборе вида лечения, контроля за соматическим состоянием в процессе терапии, для оценки эффективности лечения.

В судебно-психиатрической клинике отрицательные эмоциональные факторы осложняют картину основного заболевания, а также являются причиной возникновения различных реактивных состояний, приобретающих нередко затяжное течение. Все это отражается и на биохимическом статусе больных. В судебно-психиатрической клинике биохимические исследования приобретают особую важность и могут использоваться для уточнения диагноза и прогноза заболевания.

Опыт биохимических исследований в психиатрической клинике указывает на целесообразность изучения при психических заболеваниях состояния углеводно-фосфорного и нейро-медиаторного обмена. Для характеристики углеводно-фосфорного обмена и регулирующих его механизмов в организме в клинико-биохимических лабораториях проводят комплекс исследований: определяют уровень сахара в крови натощак после однократной и двукратной нагрузки глюкозой (тип гликемических кривых), а также определяют динамику сахара в крови после нагрузки адреналином или инсулином (функциональное состояние систем, принимающих участие в углеводном обмене).

Для более углубленной оценки углеводно-фосфорного обмена определяют концентрацию в крови исходных, промежуточных и конечных продуктов углеводного обмена (гликоген, пировиноградная кислота, молочная кислота и др), а также активность ряда ферментов, катализирующих углеводно-фосфорный обмен (α-амилазы, лактатдегидрогеназы, гексокиназы, альдолазы, аденозинтрифосфатазы и др.).

Различные этапы распада углеводов и образование продуктов их межуточного обмена связаны с превращением фосфорных соединений, являющихся основным субстратом энергетического обмена в организме. Для получения целостной картины состояния углеводно-фосфорного обмена в организме целесообразно иссле-

довать концентрацию в крови ряда фосфорных соединений (неорганический фосфор, фосфор пирофосфата — аденозинтрифосфорная кислота, фосфор гексозофосфатов, фосфор дифосфоглицериновой кислоты, общий фосфор).

Для характеристики белково-азотистого обмена в организме определяют уровень растворимых белков в сыворотке крови, соотношение белковых фракций (метод электрофореза на бумаге), содержание в крови отдельных аминокислот, остаточного азота, аммиака, изучают трансаминазную активность крови, а также экскрецию некоторых азотистых продуктов с мочой. Указанный комплекс показателей позволяет оценить белково-азотистый обмен и доступен большинству клинико-биохимических лабораторий психиатрических учреждений.

Клинико-биохимические исследования (Г. В. Морозов, К. Л. Иммерман, Н. А. Иванов, 1969, 1971) показали, что нарастание признаков нарушения белково-азотистого обмена при реактивных состояниях отражает неблагоприятное течение заболевания. Это может быть использовано для прогноза реактивного состояния, что важно при судебно-психиатрической оценке этих заболеваний.

При психической патологии существенное значение имеет изучение с помощью комплекса биохимических тестов состояния вегетативной нервной системы, ее парасимпатического и симпато-адреналового звеньев. Для определения функционального состояния парасимпатической системы используют показатели уровня ацетилхолина в крови и холинэстеразной активности крови. Считается, что изменения активности истинной холинэстеразы показательны для функционального состояния вегетативной нервной системы и даже при сравнительно стабильном уровне ацетилхолина в крови снижение или повышение активности истинной холинэстеразы определяет тонус, т. е. реактивность парасимпатической нервной системы.

Исследования холинэстеразной активности крови у больных с реактивными состояниями, выполненные в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского, показали, что у больных с подострым течением заболевания холинэстеразная активность крови выше, чем у психически здоровых лиц, а при затяжном течении реактивного состояния холинэстеразная активность крови падает ниже нормы. Следовательно, низкий уровень холинэстеразной активности крови при реактивных состояниях в комплексе с клиническими данными и другими биохимическими тестами указывает на неблагоприятное течение заболевания.

В совокупности регулирующих механизмов, определяющих характер и интенсивность обменных процессов в организме, весьма

важная роль принадлежит симпато-адреналовой системе и ее медиаторам — катехоламинам. Катехоламины (адреналин, норадреналин, дофамин) являются одновременно и гормонами, и медиаторами, регулирующими физиологические функции, активирующими в одних случаях и тормозящими в других деятельность органов и тканей. Интерес к катехоламинам увеличивается по мере углубления представлений об участии катехоламинов в различных биохимических процессах, а также с прогрессом в методах исследования катехоламинов и их метаболитов. В судебно-психиатрической клинике целесообразно исследование метаболизма катехоламинов, отражающего функциональное состояние симпатико-адреналовой системы.

Для оценки обмена катехоламинов многие отечественные и зарубежные исследователи определяют суточную экскрецию катехоламинов и их метаболитов с мочой, а не уровень катехоламинов в крови. Дело не только в чрезвычайно низкой концентрации катехоламинов в плазме крови и объективных трудностях их определения. Преимущество изучения суточной экскреции катехоламинов с мочой по сравнению с определением их уровня в крови в более широкой и точной информации о метаболизме катехоламинов и функциональном состоянии симпато-адреналовой системы в течение длительного времени.

При определении концентрации катехоламинов в крови мы получаем данные, относящиеся лишь к моменту исследования.

При различных психических заболеваниях изменения метаболизма катехоламинов отражают остроту патологического процесса (повышение показателей при острой шизофрении, остром алкогольном психозе), степень психической и интеллектуальной активности (снижение показателей при олигофрении, сенильной деменции). Можно видеть, что изменения обмена катехоламинов при психических заболеваниях связаны с проводимым лечением: показатели метаболизма катехоламинов часто нормализуются после эффективной терапии. Это указывает на участие нарушений метаболизма катехоламинов в патогенезе некоторых психических заболеваний.

Терапевтический эффект ряда фармакологических препаратов, по-видимому, связан с их воздействием на обмен катехоламинов.

Изучение метаболизма катехоламинов при реактивных состояниях (Н. А. Иванов, 1967) показало, что у больных с реактивными состояниями бывает как повышение, так и понижение уровня метаболизма катехоламинов по сравнению со здоровыми людьми. Уровень метаболизма катехоламинов определяется течением реактивного состояния: у больных с подострым течением заболевания показатели экскреции катехоламинов и их метабо-

литов повышены, что характерно для активации симпато-адреналовой системы, а у больных с затяжным течением эти показатели значительно снижены, что соответствует угнетению и истощению симпато-адреналовой системы.

Таким образом, показатели метаболизма катехоламинов можно привлекать для объективной оценки течения реактивного состояния.

Мы остановились лишь на основных биохимических исследованиях, которые могут быть использованы в судебно-психиатрической клинике.

При проведении биохимических исследований в целях правильной оценки полученных результатов необходимо обследовать однородные по клинической картине группы психически больных, находящихся в одинаковых условиях режима и пищевого рациона.

Важное значение имеет выбор методики биохимических исследований; чтобы получить точные и сопоставимые данные, необходимо пользоваться унифицированными методами лабораторного исследования, рекомендованными комиссией по унификации при Министерстве здравоохранения СССР.

При проведении биохимических исследований в судебно-психиатрической клинике следует стремиться к комплексному биохимическому обследованию: к определению совокупности биохимических тестов, характеризующих различные обменные процессы. В таком случае будет обеспечена более полная и глубокая оценка состояния обменных процессов в их взаимной связи.

Биохимическое исследование является дополнением к клиническому обследованию психически больного, и все биохимические данные следует рассматривать в сопоставлении с клиникой заболевания.

Литература

Асатиани В. С. Биохимическая фотометрия. М., Изд-во АН СССР, 1957, 835 с.

Балаховский С. Д., Балаховский И. С. Методы химического анализа крови. М., Медгиз, 1953, 745 с.

О клинико-биохимических особенностях шизофрении, дебютирующей по типу реактивных психозов.—«Здравоохр. Туркменистана», 1971, № 10, с. 28—32. Авт.: Г. В. Морозов, С. О. Овезов, К. Л. Иммерман, Н. А. Иванов.

Покровский А. А. (ред.) Биохимические методы исследования в клинике (справочник). М., «Медицина», 1969, 651 с.

Предтеченский В. Е. Руководство по клиническим лабораторным исследованиям. М., Медгиз, 1960, 963 с.

Глава 14

Иммунологические исследования

Иммунологические исследования при психических расстройствах проводятся давно. Их использовали в поисках этиологического фактора шизофрении: исследовали антитела к различным микроорганизмам, в том числе и «противовирусные» (Г. Ю. Малис, 1959). Эти попытки не привели к желаемой цели, но возбудили интерес к иммунологическим исследованиям в психиатрии. Так, возможности иммунологических тестов начали изучаться для оценки уровня реактивности больных с психоневрологическими расстройствами: определяли титры гетерофильных антител к антигенам эритроцитов некоторых животных, показатели антибактериального иммунитета, фагоцитарную активность лейкоцитов, уровень комплемента в крови, а также некоторые другие факторы иммунитета (А. С. Чистович, 1955; А. И. Шапиро, 1957; О. В. Кербиков, 1962; Т. П. Константинова и др., 1970; Г. А. Макеев, 1970; Н. И. Кузнецова, Т. П. Константинова, 1971, и др.).

Иммунологические методы используют и для дифференциально-диагностических целей, а также для оценки активности, длительности и глубины патологического процесса в мозговой ткани. Положительная проба на С-реактивный белок характеризует наличие в организме воспалительно-деструктивного очага и часто определяется у больных с соматогенными и инфекционными психозами (А. С. Чистович и др., 1960; А. Г. Шведская, 1963; Г. А. Макеев, 1970; Б. С. Фролов и др., 1972, и др.). Полагают, что эта проба не характерна для так называемых эндогенных психозов.

Положительные пробы на антитела к ферментам гемолитического стрептококка (стрептолизин-О, стрептокиназа, стрептогиалуронидаза) могут свидетельствовать о ревматическом поражении мозга (Е. Т. Юнусова, 1962; С. А. Хуршудян, 1963; И. А. Копылова, 1965, и др.).

Это важно иметь в виду при возникновении психического состояния после перенесенной стрептококковой инфекции, так как известно, что психические нарушения при ревматизме могут появляться раньше, чем соматические.

Когда необходимо провести дифференциальный диагноз между психическими расстройствами токсоплазмозной этиологии и шизофренией, а также установить причину эпилептиформной симптоматики или формирования олигофрении, выявление антитоксоплазменных антител или кожно-аллергической реакции к

токсоплазменному антигену является важным методом диагностики (Й. Хаджиева, 1964, 1967, и др.).

Более 40 лет ведется исследование аутоиммунных и аутоаллергических реакций к антигенам мозга при различных психоневрологических расстройствах. Это направление иммунологических исследований в последнее десятилетие особенно интенсивно развивается (Н. И. Кузнецова, С. Ф. Семенов, 1961; Н. И. Кузнецова, Т. П. Константинова, 1971; С. Ф. Семенов, 1971, и др.). Накоплен уже достаточный экспериментально-клинический материал, чтобы судить о важном значении этих проб как показателей активности, относительной длительности и тяжести патологии мозга (С. Ф. Семенов, 1971; К. Н. Назаров, 1962; Г. В. Морозов и др., 1970; Н. И. Кузнецова и др., 1974, и др.). Назрела необходимость перевести эти исследования из разряда экспериментально-клинических в разряд клинико-диагностических.

Из других методов иммунологического обследования больных с психоневрологическими расстройствами можно назвать перспективными определение в сыворотке крови больных, леченных фенотиазиновыми препаратами, антифенотиазиновых антител (Н. И. Кузнецова, Л. А. Гилядова, 1968; Г. В. Морозов и др., 1975), а также пробы, выявляющие антитела к инсулину (Е. Л. Камышева, 1968), которые могут отражать возникновение резистентности к этим видам терапии.

Указанными иммунологическими исследованиями не исчерпываются все возможности, которыми располагает клиницист для объективной оценки состояния больного с точки зрения диагноза, тяжести заболевания и прогноза. Для практических целей в дальнейшем будут использовать и ряд других тестов, которые в настоящее время находятся в стадии клинико-экспериментального изучения (Г. И. Коляскина, 1972; Т. И. Исмаилов, 1972, и др.).

Литература

Исмаилов Т. И. Вопросы изучения аутоантител к ДНК при шизофрении и других нервно-психических заболеваниях.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1972, т. 72, в. 8, с. 1188—1192.

Кербиков О. В. Иммунологическая реактивность при шизофрении и влияние на нее современных лечебных средств.—«Вестн. АМН СССР», 1962, № 1, с. 36—43.

Клиническая характеристика больных шизофренией с иммунологическими показателями резистентности к фенотиазинам.— В кн.: Нейроиммунология в клинике и эксперименте. М., 1975, с. 121—126. Авт.: Г. В. Морозов, Н. И. Кузнецова, Г. Д. Забродин, Р. Ф. Коканбаева, Л. А. Гилядова.

Коляскина Г. И. О некоторых особенностях лимфоцитов больных шизофренией в условиях культивирования. 2. Изучение реакций периферичe-

ских лимфоцитов в ответ на введение тканевых антигенов.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1972, т. 72, в. 1, с. 61—64.

Константинова Т. П., Ильинский Ю. А., Клоков Е. А. О содержании антител к эритроцитам барана и антистрептолизинов-О у больных нервно-психическими заболеваниями.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1970, т. 70, в. 4, с. 592—595.

Копылова И. А. Опыт изучения иммунологических показателей ревматической инфекции при психозах.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1965, т. 65, в. 12, с. 1872—1878.

Кузнецова Н. И., Докучаева О. Н., Лукачер Г. Я. Некоторые данные клинико-иммунологического обследования больных в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1974, т. 74, в. 5, с. 757—762.

Кузнецова Н. И., Константинова Т. П. К вопросу об иммунологической реактивности при реактивных психозах.— В кн.: Научные труды ЦНИИ судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского. Вып. XX (Пограничные состояния). М., 1971, с. 357—372.

Кузнецова Н. И., Семенов С. Ф. Об антителах к мозгу в сыворотке больных нервно-психическими заболеваниями.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1961, т. 61, в. 6, с. 869—873.

Макеев Г. А. Проблемы реактивности организма и вопросы клиники и патогенеза нервно-психических заболеваний. Караганда, 1970, 100 с.

Морозов Г. В., Забродин Г. Д., Кузнецова Н. И. Особенности в клиниката на болни от шизофрения с наличност или липса на противомозъчны антитела в кръвта.—«Неврология, психиатрия и неврохирургия». София, 1970, год IX, бр. 2, с. 155—161.

Назаров К. Н. Об аутосенсибилизации к антигенам головного мозга при шизофрении и при ряде других психических заболеваний.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Научные труды (выпуск XIII). Вопросы клиники, патофизиологии и иммунологии шизофрении, № 2, М., 1962, с. 30—44.

Результаты некоторых иммунологических и биохимических исследований при белой горячке.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1972, т. 72, в. 6, с. 888—893. Авт.: В. С. Фролов, А. Г. Шведская, И. М. Маркелов, А. Г. Цвелева.

Семенов С. Ф. Аутоиммунные процессы у лиц с нервно-психическими заболеваниями.—«Вестн. АМН СССР», 1971, № 1, с. 78—81.

Хаджиева И. И. К вопросу о психических расстройствах при токсоплазмозе.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1964, т. 64, в. 8, с. 1211—1215.

Хаджиева И. И. Клинико-иммунологические исследования на токсоплазмоз у больных олигофренией.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1967, т. 67, в. 10, с. 1556—1561.

Хуршудян С. А. О диагностике ревматизма у больных психическими заболеваниями.—«Вопр. ревмат.», 1963, № 1, с. 36.

Чистович А. С., Шведская А. Г., Ямпольский А. Л. Исследование С-реактивного белка при инфекционных психозах.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1960, т. 60, в. 12, с. 1623—1629.

Шапиро А. И. Неспецифический иммунитет и его значение в психиатрической и неврологической клинике.—Методическое пособие для врачей-лаборантов. Л., 1957, 46 с.

Шведская А. Г. Содержание С-реактивного белка в спинномозговой жидкости при воспалительных заболеваниях ЦНС.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1963, т. 63, в. 3, с. 357—369.

Юнусова Е. Т. О значении иммунологических реакций при диагностике нейроревматизма.—«Вопр. ревмат.», 1962, № 2, с. 33—41.

Раздел третий

Частная судебная психиатрия (клиника и судебно-психиатрическое значение психических заболеваний)

Глава 15

Шизофрения

Шизофрения (схизофрения — schizophrenia от греч. schizo — расщепляю, раскалываю, phren — душа, ум; раннее слабоумие — dementia praecox) — прогредиентное психическое заболевание, определяющееся самыми различными позитивными расстройствами и особыми изменениями личности (негативные симптомы) — так называемым шизофреническим дефектом, при котором всегда наличествуют аутизм, эмоциональное обеднение и утрата единства психических процессов. Это одно из самых распространенных психических заболеваний.

В судебно-психиатрической практике около 50% обследуемых, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией. Это свидетельствует о большом судебно-психиатрическом значении этого заболевания.

Учение о шизофрении имеет свою историю. Еще задолго до выделения шизофрении были описаны в качестве самостоятельных заболеваний отдельные картины болезни, позже объединенные понятием dementia praecox. Morel (1857) выделил раннее слабоумие; Hecker (1871) — гебефрению, Kahlbaum (1874) — кататонию, Magnan (1893) — группу бредовых психозов с исходом в апатическое слабоумие.

В. П. Сербский (1890) первым среди отечественных и зарубежных психиатров отметил не только тесную связь между кататонией и гебефренией, но и со всей определенностью отнес оба заболевания к одной группе болезней. Он писал по этому поводу в работе «Формы психического расстройства, описываемые под

именем кататонии» (1890): «Часто кататонические явления при гебефрении выступают на первый план и так выражены, что невозможно сказать, с какой из них имеешь дело. Поразительно быстрый исход этих психозов в слабоумие позволяет отнести подобные случаи к раннему слабоумию Мореля».

Это важное клиническое обобщение повторно сформулировал Kraepelin в 1896 г. В 1898 г. Kraepelin объединил под обобщающим понятием «раннее слабоумие» гебефрению, кататонию и хронические бредовые психозы с исходом в деменцию. Различия в клинических проявлениях, течении и исходах раннего слабоумия заставили Kraepelin вступить на путь его дифференцировки. В наибольшей степени она отразилась на бредовых психозах. Параноидная деменция была разделена на тяжелые и легкие формы, кроме того, из нее была выделена в качестве самостоятельной нозологической единицы группа парафрений (1913).

Концепция раннего слабоумия быстро получила признание, несмотря на многочисленные возражения не только психиатров Франции, но и ряда немецких авторов (Bonhoeffer, 1907; Hoche, 1908; Bumke, 1924). Дальнейшее развитие учения о раннем слабоумии связано с именем Bleuler (1911). Он предложил термин «шизофрения» и выделил основные и добавочные симптомы этого заболевания. К основным симптомам он относил нарушения ассоциативных связей, эмоциональные проявления и аутизм, к добавочным — бред, галлюцинации, кататонические и другие симптомы.

При изучении шизофрении Bleuler больше интересовался ее стертыми формами, т. е. состояниями, во многом относящимися к так называемой малой психиатрии. Преувеличенные значения основного шизофренического расстройства, его обнаружение в значительной части психозов и непсихотических состояний, повлекло за собой очень широкое понимание Bleuler (1911) объема шизофрении. По его мнению, 75% находившихся в психиатрических больницах больных страдают этим заболеванием. В шизофрению были включены очень многие больные неврозами и психопатиями, а также различными по этиологии психозами с шизофреноподобными синдромами. Взгляды Bleuler на шизофрению способствовали появлению различных психологических теорий ее сущности, в частности поискам ее основного расстройства.

Stransky (1906, 1914) считал основным расстройством интрапсихическую атаксию, Minkowski (1927) — утрату витального контакта с окружающей средой, Berze (1929) говорил о гипотонии сознания при шизофрении. Эти и ряд других исследований способствовали дальнейшему развитию намеченного

Bleuler феноменологического направления и одновременному расширению границ шизофрении.

Ряд зарубежных психиатров признают шизофрению в рамках только грубо прогредиентных, «ядерных» форм, описание которых соответствует первоначальному объему (конец XIX в.) раннего слабоумия Kraepelin. Те болезненные состояния с медленным течением, в структуре которых преобладают бредовые идеи, и так называемые шизоаффективные психозы большинством авторов выносятся за рамки шизофрении.

А. В. Снежневский (1970) отмечает, что в термин «шизофрения» психиатры разных стран и разных школ вкладывают различное содержание. То, что одни считают болезненным процессом, другие относят к патологическим реакциям личности. Нередко особо выделяют шизофреноподобные психозы.

Отечественные психиатры, рассматривая шизофрению как нозологическую форму, большое значение придавали разновидностям ее течения. В 1932 г. в Москве проходила конференция по шизофрении при участии П. Б. Ганнушкина и В. А. Гиляровского, а в 1936 г. состоялся 2-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Наряду с резкой критикой расширительного толкования шизофрении за счет «неврозов», «психопатии» (дискуссия о «мягких формах» шизофрении) психиатры уделили внимание медленно-прогредиентным случаям шизофрении и их рассмотрению в судебно-психиатрическом аспекте.

В дальнейшем особенности течения шизофрении больше всего изучали психиатры, занимающиеся экспертизой трудоспособности больных. Трудоспособность неразрывно связана с прогнозом болезни, а следовательно, и темпом развития процесса. Большой интерес не только для экспертизы трудоспособности, но и для судебно-психиатрической клиники представляют работы Д. Е. Мелехова и сотр., начатые в середине 30-х годов. Д. Е. Мелехов (1963) основное значение придает не ведущему синдрому, определяющему, как это было ранее, форму шизофрении, а итогу течения болезни. По типам течения автор выделяет непрерывно развивающиеся процессы (злокачественные, быстро прогрессирующие, активно-прогредиентные с затяжным течением, медленно и вяло текущие процессы), волнообразно, приступообразно текущие процессы (ремиттирующие, приступообразные, без полных ремиссий, смешанные и переходные формы). Д. Е. Мелехов (1963) считал, что злокачественное, быстро прогрессирующее течение характерно для гебефрении, люцидной кататонии, простой и параноидной формы с выраженным синдромом Кандинского — Клерамбо и вербальным галлюцинозом. Наиболее часто встречающиеся случаи параноидной шизофрении

автор относил к группе активно-прогредиентных процессов с затяжным течением.

В дальнейшем в многочисленных исследованиях, которые с разных сторон освещали клинику шизофрении, неизменно рассматривались течение болезни и связанные с этим ее клинические проявления — одна из актуальных проблем современной психиатрии. Результаты исследований, проведенные в Институте психиатрии АМН СССР и Центральном ордена Ленина Институте усовершенствования врачей, явились основанием для выделения 3 основных форм течения шизофрении: непрерывно текущей (непрерывно-прогредиентная), приступообразно-прогредиентной (шубообразная) и рекуррентной. Каждая из этих форм может проявиться в различных клинических вариантах, что зависит от прогредиентности процесса.

Непрерывно текущая шизофрения может быть вялотекущей, умеренно прогредиентной и злокачественной. Приступообразно-прогредиентная шизофрения включает в себя случаи, при которых на фоне непрерывного, разного по прогредиентности процесса возникают острые приступы, приводящие к шизофреническому дефекту различной степени. К рекуррентной шизофрении относятся случаи, протекающие в виде аффективных, онейроидно-кататонических или смешанных приступов с минимальными изменениями личности в межприступных промежутках.

Клиника начальных проявлений шизофрении. Клиника начальных проявлений шизофрении многообразна. Мы остановимся лишь на той части ее психопатологической симптоматики, которая наиболее часто встречается в судебно-психиатрической экспертной практике и вызывает трудности нозологической квалификации шизофрении. Это случаи, в которых начальные расстройства выражаются в неврозоподбных, психастенических, психопатоподобных симптомах. Больные высказывают жалобы астено-невротического характера: на повышенную утомляемость, распирающие головные боли (В. А. Гиляровский, 1925), неприятные ощущения. Они говорят, что им трудно усваивать учебный материал, понимать прочитанное и высказывания окружающих. Без каких-либо предшествующих моментов они становятся раздражительными, вспыльчивыми, неуравновешенными, грубыми, циничными, настороженными и подозрительными. Обращает на себя внимание не только различная выраженность этой неспецифической симптоматики, но и ее полярность. Грубость, цинизм больных сочетаются с повышенной сенситивностью, ранимостью, слезливостью; тревожная мнительность сменяется стеничностью и назойливостью. Утверждения больных о полном равнодушии к окружающему сочетаются с активной защитой

своих интересов и прав. Описанная симптоматика свидетельствует о наступающем изменении психического склада личности. Это нередко сопровождается появлением типичных «шизофренических» жалоб: больные говорят о своей измененности, «расплывчивости мыслей», параллельно текущих мыслях, их «остановках» и «наплывах».

В этой стадии заболевания патологическое поведение больных может принять форму неожиданных и непонятных для окружающих, опасных, в том числе агрессивных, действий. Больной совершает такие поступки внезапно, на фоне внешне упорядоченного поведения. Эти проявления называют «поступками вопреки ожидания» (Brezovsky, 1925, 1929) и обозначают как «инициальный деликт». Вместе с тем у больных с таким поведением в течение определенного времени может сохраняться формально правильная оценка ситуации, а в условиях следствия и экспертизы возникает даже защитная установка (М. Ф. Тальце, 1965).

Обследуемый О., привлечен к ответственности за попытку убить своего товарища К. О. родился в семье рабочего, наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве ничем не болел, успешно учился в школе. По окончании 7 классов школу оставил в связи с тяжелыми материальными условиями. Работал на заводе каменщиком. По характеру был живым, общительным, веселым, всегда охотно помогал своим товарищам по работе. В возрасте 20 лет поведение О. изменилось. Сделался раздражительным, вспыльчивым, обидчивым. В ответ на замечания окружающих то начинал плакать, то становился злобным, грубым. Во время ссор всегда волновался, при этом чувствовал, что горло сжимается, к нему «что-то подкатывается и появляется физическая слабость».

О. часто задумывался о причине наступивших с ним изменений и пришел к выводу, что это результат его «бытовой неустроенности». Обратился в районную поликлинику, так как плохо спал по ночам. Был поставлен диагноз: психастения. Продолжал работать, самочувствие не улучшалось. Временами думал, что люди изменили к нему отношение, однако в чем это выражалось, определить не мог. Со своим приятелем К. до последнего времени поддерживал дружеские отношения.

В день правонарушения (через 2 года после появления психических расстройств) О. вышел рано утром во двор, собираясь идти на работу, увидел К., который также шел на работу. Внезапно пришла мысль убить К. О. быстро зарядил охотничье ружье и, когда К. приблизился к калитке дома, выстрелил в него. После этого бежать не пытался, сопротивления не оказывал, молча сидел на скамейке, повторяя: «Что я наделал». При обследовании первичной амбулаторной судебно-психиатрической комиссией, куда он был направлен в связи с «непонятным мотивом» совершенного деяния, О. был тосклив, не мог объяснить совершенный поступок, расспрашивал о состоянии потерпевшего, плакал, волновался по поводу своего будущего. Заключение о психическом состоянии О. не вынесено, и он был направлен на стационарное обследование в Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

В соматическом и неврологическом состоянии отклонений от нормы не отмечено. При беседе с врачом О. был тосклив, на глазах появлялись слезы,

говорил, что ему неприятно находиться с преступниками, хотя он понимает, что и сам ничем не отличается от них. Поведение О. в отделении не всегда было одинаковым. Тоскливо-подавленное настроение сменялось раздражительностью, грубостью, иногда самые нейтральные вопросы окружающих неожиданно вызывали у О. злобное недовольство, он требовал немедленной выписки. Часто становился повышенно обидчивым, плаксивым и по-разному пытался объяснить слезы: ссылался то на длительное пребывание в стационаре, то на головные боли. Примерно через 2 мес (первая стационарная экспертная комиссия не вынесла окончательного заключения о психическом состоянии обследуемого) при беседе с врачом О. начал говорить о том, что сейчас у него начало появляться в голове «много мыслей», и не только о своей судьбе, но и о жизни вообще, о том, как протекает жизнь, что было раньше и что произойдет в дальнейшем. Иногда неопределенно говорил, что люди кажутся ему изменившимися, что на него смотрят подозрительно, обсуждают его поступки, однако свои высказывания не развивал. Припоминая поведение некоторых людей на работе, высказывал предположение, что в отношении его что-то «замышлялось». Такие заявления обследуемого были нестойкими, он не фиксировал на них внимание и сам отмечал, что, может быть, все это ему казалось.

Заключение: у О. определяется шизофренический процесс; в отношении совершенного деяния невменяем. О. помещен в общую психоневрологическую больницу на принудительное лечение. По данным катамнеза, у О. через 4 года развились стойкие идеи преследования, галлюцинаторные явления, расстройства мышления в форме резонерства.

Заболевание может начинаться с депрессивных и депрессивно-параноидных состояний. Больные становятся тоскливыми, заторможенными, высказывают мысли о своей неполноценности или недоброжелательном отношении к ним со стороны окружающих. Значительно труднее поставить диагноз, когда такие состояния возникают в связи с психическими травмами, особенно после ареста, что нередко требует отграничения развившихся болезненных состояний от реактивных психозов.

При подостром начале заболевания можно наблюдать растянутый так называемый период предвестников. Депрессия, тревога, навязчивости, ипохондрические жалобы часто бывают нестойкими, иногда сопровождаются чувством необъяснимого витального страха. Синдром навязчивостей может постепенно смениться явлениями психического автоматизма. Подозрительность, ипохондрические идеи могут переходить в бредовые постепенно или в виде «озарений», когда больному внезапно «все становится ясно».

При более острых проявлениях болезни после кратковременных невротических проявлений или даже без предвестников у больных может внезапно развиться возбуждение с неправильным поведением и дезориентировкой в окружающем или полной ступор. В состоянии возбуждения больные двигательно беспокойны, импульсивны, их высказывания нередко разорваны. Иногда в речи больных можно отметить высказывания, которые

указывают на бредовую оценку окружающего. Кроме того, в речи таких больных довольно часто отражаются непосредственно окружающая их обстановка и события.

Ступорозные состояния в начальном периоде болезни сопровождаются фантастическими переживаниями (онейроидное состояние) с наплывом ярких и причудливых образов. По выходе из ступора больные довольно хорошо рассказывают о переживаниях в этот период, воспоминания же об обстановке, в которой они находились в то время, и о реальных событиях сохраняются плохо. Эмоциональное состояние «острых» больных, как указывает О. В. Кербиков (1949), характеризуется беспорядочной сменой или сочетанием аффектов растерянности, тоски, тревоги, страха, гнева, восторга, экстаза. Острое начало заболевания часто сопровождается и соматическими нарушениями. У больных повышается температура тела, появляются признаки токсикоза, повышенной ломкости сосудов, отклонения состава крови, мочи и др.

В начальной стадии заболевания, когда клиническая картина характеризуется быстрой сменой одних симптомов другими (острое начало) или нечеткостью и неопределенностью проявлений, иной раз трудно определить форму течения шизофрении. Однако в большинстве случаев по психопатологической структуре и возрасту, в котором болезнь проявилась впервые, можно предположить дальнейшее течение болезненного процесса, что дает основание с известной долей вероятности говорить о прогностическом значении начального периода болезни. Установленная форма течения шизофрении не всегда остается постоянной. В течение болезни возможно изменение степени и темпа прогредиентности, кроме того, встречаются больные с неотчетливым, промежуточным типом течения шизофренического процесса.

Формы течения шизофрении. В экспертной судебно-психиатрической практике встречаются все варианты течения шизофрении. Однако наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют больные с непрерывно текущей и приступообразно-прогредиентной (шубообразная) формами течения болезни. Больные с рекуррентной шизофренией встречаются значительно реже, что, по-видимому, обусловлено остротой симптоматики приступов и своевременным помещением этих больных в психиатрические больницы.

Непрерывно текущая шизофрения. Темп нарастания психопатологической симптоматики может быть здесь различным: вялопрогредиентным, умеренно-прогредиентным и злокачественным.

У больных с вяло текущей шизофренией заболевание сопровождается исподволь, медленно развивающейся симптоматикой с сохранением такого типа течения на всем протяжении болезни.

В клинической картине независимо от этапа отсутствуют острые психотические состояния, долго не бывает отчетливой негативной симптоматики, что обусловливает сохранение некоторых сторон психической деятельности, несмотря на давность болезненного процесса. На всем протяжении болезни могут сохраняться внешне правильное поведение больных и социальная адаптированность. На отдаленных этапах не наблюдается исходных состояний с чертами «регресса», которые характеризуют случаи с более быстрым темпом течения болезни. В клинической картине преобладает симптоматика, свидетельствующая о сравнительно неглубоком расстройстве психической деятельности. Сюда относятся такие клинические картины болезни, которые ранее описывали как самостоятельные формы: неврозоподобные состояния с навязчивыми и ипохондрическими явлениями; параноийяльные (со сверхценными идеями, бредом реформаторства, изобретательства, сутяжным и любовным бредом), а также более благоприятно протекающие формы простой шизофрении.

После инициального периода болезни, который далеко не специфичен и выражается в неглубоких аффективных расстройствах, явлениях астении, нередко появляются полиморфные неврозоподобные симптомы. Неврозоподобная симптоматика не имеет каких-либо отличительных признаков, которые позволили бы отграничить ее от невротических состояний иного происхождения. Трудности диагностики усугубляются еще и тем, что сами больные, говоря о появившейся у них «нервности», нередко связывают ее то с различными соматическими расстройствами, которые находят объективное подтверждение, то с реальной неблагоприятной ситуацией. Однако обращают на себя внимание неадекватность реакций больного и постепенное расширение круга переживаний, при которых выявляются элементы болезненного толкования ряда фактов, не имеющих отношения ни к реальным соматическим симптомам, ни к ситуации, которая воспринимается больными как угрожающая. Постепенно высказывания больных утрачивают живой эмоциональный фон, поведение приобретает черты аутизации, появляются элементы расстройства мышления.

При вяло текущей шизофрении с ипохондрическим синдромом в клинической картине преобладают жалобы, которые касаются мнимых заболеваний внутренних органов или физиологических отправлений. Такие высказывания на протяжении ряда лет сопровождаются пониженным настроением и тревогой по поводу воображаемого соматического неблагополучия.

Клиническая картина болезни малодинамична. Однако изучение состояния больного на определенном отрезке времени вы-

являет постепенное эмоциональное оскудение, что сказывается в безразличии к близким, резонерстве в мышлении, ограниченном обычно кругом ипохондрических переживаний. Психогенное воздействие на таких больных может сказываться в том, что становятся более отчетливыми ипохондрические высказывания, которые, особенно в условиях следствия, приобретают значительно большую актуальность, чем привлечение к уголовной ответственности. Судебно-следственная ситуация нередко становится тем вторичным звеном, которое входит в круг болезненных толкований больного.

Сохранение медленного темпа развития болезни, растянутое во времени формирование позитивной и негативной симптоматики наблюдаются и при шизофрении с паранойяльным бредом различного содержания: реформаторства, изобретательства, сутяжным, любовным, ипохондрическим бредом, бредом ревности.

Не останавливаясь на особенностях клиники каждого из приведенных вариантов болезненного состояния (они описаны в специальных работах), мы подчеркнем, что трудности экспертной оценки состояния этих больных в значительной мере обусловлены обыденностью их высказываний, часто отсутствием явной нелепости или парадоксальности суждений, а аргументация «выводов» больных нередко находит частичное подтверждение в материалах дела.

В основе распознавания паранойяльного бреда лежит не содержание высказываний больных, взятое изолированно, а динамика болезни, проявившаяся не только в постепенном нарастании негативной симптоматики, но и в колебаниях интенсивности позитивных расстройств. Это выражается в периодах нерезких обострений, которые ограничиваются большей аффективной насыщенностью болезненных расстройств, что изменяет поведение больных (интенсивно работают над изобретениями, проводят бессонные ночи над соответствующей литературой, пишут множество жалоб и др.).

На отдаленных этапах болезни появляются идеи преследования, что сочетается с эмоциональной измененностью, паралогичностью мышления, неспособностью критически оценивать ситуацию. Больные с паранойяльным бредом стоят на грани перехода от вяло-прогредиентной шизофрении к непрерывной параноидной шизофрении с умеренно-прогредиентным течением.

Умеренно-прогредиентная (параноидная) шизофрения. Параноидная шизофрения начинается обычно в возрасте старше 25 лет. Она характеризуется последовательной сменой паранойяльного, галлюцинаторно-параноидного и парафренного синдромов. Протяженность указанных этапов (синдромов) болезни

различна. В некоторых случаях может наступить стабилизация шизофренического процесса на любом из указанных этапов. Естественно, бывают отклонения от указанного стереотипа развития болезни и в сторону замедления течения, и в сторону ускорения его, вплоть до злокачественного. Такой полиморфизм прогредиентности параноидной шизофрении, по данным работ Института психиатрии АМН СССР, в значительной мере обусловлен возрастом больного к началу заболевания (Т. А. Дружинина, 1970).

В судебно-психиатрической практике наибольшие трудности для диагностики и экспертной оценки представляют сравнительно ранние этапы болезни (до развития «большого синдрома»). Они могут быть представлены как психопатоподобными и неврозоподобными симптомами, так и отрывочными бредовыми идеями или паранойяльным систематизированным бредом, содержание которого нередко тесно связано с реальной обстановкой. Так, у больных отмечаются «странные» высказывания, которые не сопровождаются изменением поведения и воспринимаются окружающими как простое недовольство в быту или на работе. Больные говорят то об ущемлении их прав и недоброжелательном отношении окружающих, то о неизлечимом заболевании. В беседе с сослуживцами они выражают недовольство по поводу того, что им поручают будто бы более сложную работу. Больные утверждают, что окружающие с особой тщательностью фиксируют время их прихода на работу и ухода, расспрашивают о семейных делах, а иногда «умышленно» приглашают принять участие в «увеселительных прогулках». Высказывают предположение, что соседи или родственники проявляют интерес к их работе, пытаются мелкими придирками провоцировать ссоры, получить о них компрометирующие сведения. Другие больные начинают подозревать жен в неверности, приводя при этом ряд доказательств, иногда переплетающихся с реальными фактами. Больные вспоминают о прошлом «легкомысленном» поведении жен, называют имена своих «соперников», которыми оказываются знакомые, сотрудники по работе, друзья детства и др. Больные нередко угрожают лицам, которых подозревают в недоброжелательстве, предъявляют нереальные требования. Больные как бы сами «сигнализируют» (Э. В. Яновская, 1966) о возможности совершения ими опасных действий.

В инициальном периоде болезни больные по бредовым мотивам могут нападать на «подозреваемых» лиц, причиняя им телесные повреждения, или совершать иные опасные действия. Длительность инициального этапа параноидной шизофрении различна (5—10 лет).

Манифестная стадия в случаях медленного развития болезни протекает в форме усложнения бредовой системы под влиянием бреда воздействия и других симптомов психического автоматизма, которые лишены чувственного компонента и бывают в этих случаях отрывочными.

В других случаях манифестная стадия болезни сопровождается резким изменением поведения больного: появляются страх, тревога, растерянность, развернутый синдром Кандинского — Клерамбо. В психопатологической структуре болезненного состояния преобладают то галлюцинаторные, то бредовые расстройства, что и определяет галлюцинаторный или бредовой вариант параноидной шизофрении, хотя в ряде случаев провести четкую границу между ними невозможно.

В период остро протекающей манифестации процесса, когда на фоне растерянности, тревоги, страха появляется образный бред (значения, инсценировки, метаморфозы), больные могут совершать тяжкие опасные действия (убийства, покушения на убийства). Течение параноидной шизофрении при сохранении общего стереотипа развития зависит от преобладающей психопатологической симптоматики и возраста больного к началу болезни.

При развитии шизофрении в среднем возрасте и появлении в начальном периоде систематизированного бреда течение болезни остается вялым. Постепенно наступают изменения эмоциональной сферы, утрачивается привязанность к близким, сужается круг интересов, появляется пассивность, угасает актуальность бредовых переживаний, выявляются резонерство и обстоятельность в мышлении. В тех же случаях, когда болезнь начинается несистематизированными полиморфными бредовыми идеями и рано наступающими изменениями личности, на последующих этапах ведущими в клинической картине оказываются развернутый синдром Кандинского — Клерамбо, парафренные нарушения, выраженные кататонические расстройства, так называемая вторичная или последовательная кататония.

Обследуемый А., 36 лет, обвиняется в попытке убить свою жену и физическом сопротивлении работникам милиции при его задержании. Среди родственников А. душевнобольных нет, рос и развивался правильно. В школе начал учиться с 7 лет, учился плохо, «из-за лени и озорства» оставался на второй год в 5-м классе, после чего оставил школу. Работал коногоном и грузчиком на заводе. По характеру был веселым, общительным. Алкоголем не злоупотреблял. Во время войны служил в армии. После демобилизации вновь поступил работать на завод, женился. Первые 2 года семейной жизнью был доволен, но затем стал замечать, что жена «странно ведет себя». По его словам, «жена принимала у себя в доме каких-то незнакомых мужчин, имела с ними какие-то непонятные дела». Следил за женой. Обна-

ружил в доме «какую-то электропроводку», пришел к убеждению, что жена «участвует в шпионской деятельности».

Не спал по ночам, был встревожен, испытывал страх. Жену упрекал в том, что она сделала что-то такое, отчего все его действия в доме «становятся известными населению». Заявлял, что в электрическом счетчике и радиорепродукторе установлены «приборы для подслушивания», за ним на улице «следят, как за шпионом». Обвинял жену в том, что она о нем «с кем-то шепчется и разговаривает по телевизору», ночью что-то искал в цветочных горшках. Без внешнего повода А. нанес жене удар ножом по голове, после чего поджег в комнате одежду жены и, вооружившись топором и ножом, оказал сопротивление работникам милиции и пожарной охране.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского установлено следующее: А. среднего роста, правильного телосложения, достаточного питания; со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено.

Зрачки узковатые, реакция их на свет и конвергенцию удовлетворительная. Отмечается легкая сглаженность левой носогубной складки и легкая анизорефлексия: слева рефлексы несколько выше, чем справа. Патологических рефлексов не обнаружено. В позе Ромберга устойчив. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Больной неточно ориентирован во времени, не понимает цели направления на экспертизу. При беседе с врачом некстати улыбается, иногда многозначительно поглядывает на собеседника, подмигивает. Формальные сведения о себе сообщает правильно, но на часть вопросов отвечает уклончиво. На вопросы о правонарушении сказал, что «так нужно было». Постепенно рассказал об этом более подробно. Считает, что поступил правильно, когда пытался убить жену, которая, по его словам, организовала у себя в доме «приемно-передаточный шпионский центр». Сообщает, что жена установила в доме при помощи своих сообщников «техническую аппаратуру», которая была замаскирована в радиорепродукторе, электросчетчике и в других местах. Жена, по его словам, была связана с «изменниками Родины». А. убежден, что и здесь «за стенами происходит что-то непонятное, подозрительное», считает, что вокруг «совершается колдовство», поэтому отказывается от лабораторных исследований и от лекарств. В отделении обследуемый держится отчужденно, большую часть времени лежит в кровати. Иногда бывает растерян, суетлив, совершает ряд символических ритуальных действий. Так, всегда перед тем как лечь в постель он 2 раза стучит ногой по полу, объясняя, что борется с «нечистой силой». Сообщает, что ему «в уши говорят по-разному». По просьбе врача повторяет за «голосами» отрывочные бессмысленные фразы. Мышление непоследовательное, речь временами бессвязная, с элементами соскальзывания по созвучию. Критика к своему состоянию и правонарушению отсутствует.

Заключение: А. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (параноидная форма), поэтому в отношении инкриминируемого ему правонарушения, совершенного в состоянии болезненного расстройства психической деятельности, А. невменяем. По своему психическому состоянию А. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Злокачественно текущая шизофрения. Злокачественное течение шизофрении с глубоким поражением психической деятельности наблюдается обычно в тех случаях, когда процесс начинается в препубертатном и юношеском возрасте, хотя и здесь могут быть различия в степени прогредиентности. Вариабельность

клинических картин болезни позволила выделить такие самостоятельные формы шизофрении, как простая, гебефреническая, люцидная кататония, параноидная гебефрения и др.

Р. А. Наджаров с соавт. (1972) указывают на ряд общих признаков для этой группы больных. К ним относятся: раннее начало болезни; начало болезни с негативных симптомов; быстрое течение болезни; полиморфизм продуктивной симптоматики при отсутствии ее синдромальной завершенности; резистентность к терапии; тяжесть конечных состояний.

Уже в начале заболевания больные становятся вялыми, безучастными, пассивными (падение «энергетического потенциала»), утрачивают интерес к знакомым, работе, стремятся к уединению, большую часть времени проводят в постели, перестают следить за своей внешностью, нередко враждебно относятся к близким родственникам. Больные испытывают затруднения при незначительном умственном напряжении, по нескольку раз прочитывают одну и ту же фразу с тем, чтобы вникнуть в ее смысл, часто высказывают жалобы «на пустоту в голове», «отсутствие мыслей».

На фоне общей пассивности и вялости у больных нередко появляется несвойственный им ранее интерес к отвлеченным вопросам философии, эстетики, истории («философическая интоксикация»), причем их высказывания об этом бывают вычурными, паралогическими, резонерскими. Манифестной стадии злокачественно текущей шизофрении свойственна полиморфная симптоматика, представляющая сочетание бредовых идей, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, элементов психического автоматизма, кататоно-гебефренных расстройств. Конечные состояния с глубокими нарушениями психики наступают в сроки от 1 года до 4 лет и характеризуются «дурашливым» или негативистическим слабоумием. В некоторых случаях возможна стабилизация процесса на начальной стадии болезни.

Глубокое поражение психической деятельности, эмоциональная тупость, враждебное отношение к окружающим, отсутствие осмысления обстановки нередко толкают больных к жестоким, опасным действиям. Приведенный пример иллюстрирует особенности противоправных действий при злокачественном течении болезни.

Обследуемая Н., 19 лет, привлечена к ответственности за убийство отца. Мать обследуемой неоднократно госпитализировалась в психиатрические больницы с диагнозом: шизофрения.

Н. в детстве развивалась правильно, в возрасте 8 лет поступила в школу. В 1-м и 2-м классах училась хорошо, по характеру была живой, подвижной, энергичной. В 4-м классе успеваемость значительно снизилась, заниматься не хотела, все стало неинтересным, противным. Начала драться со

своими сверстниками, неожиданно могла схватить камень и бросить в ученицу, не обнаруживая затем сожаления. За недисциплинированность была исключена из школы. Поступила в швейное ателье, где в течение нескольких месяцев была ученицей. Постоянно нарушала дисциплину, однажды бросила горячий утюг на пол — «хотела посмотреть, будет ли гореть пол». Дразнила работниц ателье, не реагировала на их замечания. Окружающие считали ее «чудной» и «хулиганкой».

Когда Н. было 15 лет, умерла ее мать. К смерти матери осталась равнодушной, во время похорон «внезапно рассмеялась», хотя «не могла понять, что было смешного». После смерти матери проживала с отцом. Ссорилась с ним, не следила за порядком в доме, отказывалась выполнять поручения отца. Ссоры с отцом быстро забывала, оставалась ко всему безучастной. Часто «бездумно валялась в постели, так как не было никаких желаний, никого не хотелось видеть».

В возрасте 17 лет вышла замуж за человека, с которым случайно познакомилась в парке. Через месяц оставила мужа, так как он требовал порядка в доме. Последнее время Н. не работала, мало выходила из дому, не следила за собой, ходила грязная, по нескольку дней не умывалась.

В день правонарушения отец поздно возвратился домой и лег спать. У Н. внезапно появилось желание убить отца. Схватила топор, ударила отца топором по голове, «жалости не было, как будто так и надо». Начала перекладывать его руки, вытерла текущую по лицу отца кровь. Внезапно показалось, что на лице отца появилась улыбка, подумала, что «голова что-то думает» и, может быть, смеется над ней. Схватила нож и отрезала голову, так как «хотела, чтобы голова ни о чем не думала». Голову завернула в платок и начала ходить с ней по комнате, затем устала, села в кресло и уснула. Проснувшись утром, увидела у себя на коленях голову отца, подошла к постели, на которой вечером спал отец, «приложила голову к туловищу» и пошла в отделение милиции, где рассказала о случившемся.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского патологии внутренних органов не отмечено; отклонений в неврологическом состоянии не выявляется.

Во время экспертизы Н. не обнаруживала интереса к обследованию, при беседе с врачом оставалась безучастной. О совершенном убийстве рассказывала без всякого волнения и беспокойства. Как бы рассуждая, вслух, говорила: «Не знаю, зачем его убила, он ведь отец», тут же замечала, что думать об этом не хочет, так как «голова пустая и ни о чем не думает». Считала себя здоровой, жалоб не высказывала, но иногда при настойчивых расспросах неохотно говорила, что слышит, «как в мозгах проскакивают какие-то слова, может быть, это какие-то духи»; говоря об этом, улыбалась.

В отделении большую часть времени была вяла, бездеятельна, отказывалась от работы, не следила за своей внешностью, много времени проводила в постели. Иногда в ответ на замечания становилась грубой, циничной, агрессивной. Раскаяния по поводу совершенного не обнаруживала, объяснения своему поступку дать не могла.

Заключение: Н. страдает шизофренией; невменяема. Н. помещена в психиатрическую больницу специального типа на принудительное лечение.

Рекуррентная (периодическая) шизофрения. Вопрос о нозологической принадлежности рекуррентной шизофрении связан с проблемой «шизоаффективных психозов», изучение которых не утратило своего значения до настоящего времени. Не полностью

решены вопросы о том, являются ли шизоаффективные психозы особым вариантом течения шизофрении, проявлением маниакально-депрессивного психоза или относятся к самостоятельным нозологическим формам.

Полиморфизм шизоаффективных психозов, усложнение психопатологической симптоматики приступов, наступление, хотя и неглубоких, шизоидных изменений личности у одного и того же больного свидетельствуют о прогредиентности их течения. Это позволяет рассматривать шизоаффективные заболевания в рамках шизофрении.

Психотические состояния (приступы) при рекуррентной шизофрении, протекая вначале с преобладанием аффективных расстройств, нередко сочетаются в дальнейшем с бредовыми и кататоническими симптомами. Установлена такая последовательность развития приступов: этап общесоматических расстройств и колебаний аффекта (неприятные ощущения в сердце, парестезии, расстройства сна, колебания настроения); этап бредового аффекта (страх, тревога, острый параноид с чувственным бредом и бредовым поведением); этап аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации (бред инсценировки); этап фантастически-аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации (фантастическое парафренное видоизменение бреда). Последующие этапы характеризуются нарастанием онейроидно-кататонических явлений.

Такова картина полного развития приступа. Однако болезненный процесс может приостанавливаться на одном из ранних этапов. Периодической шизофрении в ряде случаев свойственна тенденция и к редуцированию картины приступов. Так, онейроидно-кататонические расстройства в дальнейшем могут редуцироваться, последующие приступы становятся все более незавершенными и картина отдаленных приступов приближается к «чисто» аффективной. В этих случаях изменения личности выражаются в психической слабости (А. В. Снежневский, 1970) — снижении инициативы, активности, ограничении контактов, утрате самостоятельности. Часто появляется психическая ригидность.

Бóльшая прогредиентность течения наблюдается там, где в картине приступа ведущими оказываются бредовые расстройства. В таких случаях сопутствующие изменения личности характеризуются аутизацией и эмоциональным уплощением.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения. Эта форма течения шизофрении характеризуется тем, что сочетает в себе признаки непрерывно-прогредиентного процесса с очерченными приступами, во многом напоминающими те, что

встречаются при рекуррентной (периодической) шизофрении, относящейся к кругу приступообразных форм.

Приступы болезни отличаются от обострений непрерывно текущей шизофрении тем, что в структуре их появляются новые расстройства, иной «регистр» симптомов, а не обострение имевшихся ранее нарушений.

Степень прогредиентности при шубообразной шизофрении может быть различной. Так, на фоне инициального периода болезни, который по своим клиническим проявлениям мало чем отличается от такового при вяло текущей шизофрении (неврозоподобные, паранойяльные нарушения и др.), спустя 3—6 лет появляются аффективные приступы — от циклотимических колебаний до длительных (до 2 лет) депрессивных или маниакальных состояний.

Последующие приступы отличаются большей «эндогенизацией» и протекают с чувством тоски, моторной заторможенностью, идеями виновности. Наряду с углублением депрессии появляются идеи отношения, вербальные иллюзии. В структуре маниакальных состояний ведущим оказывается экспансивный бред (изобретательства, реформаторства, величия). Такие приступы нередко бывают затяжными (до 3 лет), что не характерно для периодической шизофрении.

От приступа к приступу негативная симптоматика усугубляется (аутизм, эмоциональное снижение), однако грубого дефекта не возникает. Более прогредиентное течение наблюдается там, где на фоне паранойяльных расстройств инициального периода (бредовые идеи отношения, ревности, изобретательства, сутяжный и любовный бред) возникают аффективно-бредовые приступы. В этих случаях приступу предшествуют аутохтонные аффектные расстройства. У больных бывает депрессия с ипохондрией или бредом преследования, острый паранойяльный синдром с тревогой, бредом отравления, преследования, истинный галлюциноз, остро развивающийся синдром Кандинского — Клерамбо.

В межприступных промежутках могут оставаться в редуцированном виде продуктивные расстройства (бред, галлюцинации), нарастают изменения личности, на отдаленных этапах течение болезни приближается к непрерывному.

При наиболее злокачественном течении шубообразной шизофрении, приближающемся к юношеской непрерывно текущей (начинающейся в возрасте 11—12 лет), инициальные проявления болезни характеризуются падением психической активности, бездеятельностью, отчуждением, отдельными кататоническими явлениями, проявлением атипичных аффективных расстройств и психопатоподобного поведения с оппозицией к окружающим,

вспышками раздражительности, садистскими актами, алкогольными эксцессами. На этом фоне может возникнуть дурашливое возбуждение, а иногда бывают депрессивные расстройства с импульсивной агрессией.

Приступы начинаются с дурашливости, назойливости, стереотипных действий, двигательного возбуждения. Манифестные проявления характеризуются аффективными, бредовыми, кататоническими нарушениями. Кататоническое возбуждение проявляется нецеленаправленными, хаотичными, вычурными движениями, которые нередко бывают импульсивными. Часто отмечается стереотипия движений и речи. При речевом возбуждении, которое может не сопровождаться общим двигательным возбуждением, больные выкрикивают отдельные слова, фразы, не имеющие между собой никакой связи; понять речь такого больного невозможно. Больные иногда повторяют слова и действия окружающих (эхолалия и эхопраксия). Возбуждение может быть очень кратковременным (несколько минут) или затягиваться на многие дни и недели; оно может смениться двигательной заторможенностью. Степень заторможенности бывает различной — от некоторой замедленности и скованности движений до полной обездвиженности с различными формами ступорозных состояний.

При кататоническом ступоре больные неподвижны. Положение в постели может быть различным: то они принимают эмбриональную позу, то лежат с разогнутыми конечностями. Изменить их положение обычно не удается. У больных отмечается мутизм, иногда возникает явление, известное под названием каталепсии, или восковидной гибкости, когда поднятая рука или нога надолго застывают в приданном положении. Подобные больные в постели могут подолгу держать голову над подушкой (симптом «воздушной подушки»). При прикосновении к губам больной иногда складывает их в трубочку и вытягивает вперед (симптом «хоботка»).

Выраженность двигательной заторможенности в течение суток может меняться. Она меньше ночью, а также после сна. Дополнительные сильные и резкие раздражения, как правило, углубляют заторможенность больных, но изредка могут вывести их из состояния ступора. В спокойной обстановке, при обращении к ним тихим голосом, иногда удается получить адекватный ответ.

Одним из ярких признаков этого синдрома является негативизм, когда больные не выполняют тех действий, которые им предлагают, или совершают противоположные. Негативизм часто является причиной отказа от пищи.

Понятие ремиссии и дефекта. Взгляды на возможность благоприятных исходов при шизофрении крайне разноречивы. Kraepelin (1913) крайне пессимистически смотрел на прогноз шизофрении. Выздоровление, по его данным, наблюдалось лишь в 2,6—9,1% случаев. Больных с благоприятным исходом было несколько больше — 14—17%. В эту группу Kraepelin (1913) включил также больных, которые, несмотря на признаки болезни, могли жить дома и обслуживать себя. Какой-либо определенной зависимости между формой заболевания и исходом Kraepelin (1913) не устанавливал. В конечных стадиях он выделял следующие варианты: простое слабоумие с дефектом эмоциональной сферы при сохранении некоторой трудоспособности; галлюцинаторное слабоумие; параноидное слабоумие; слабоумие с разорванностью мышления; тупое слабоумие; слабоумие дурашливое, манерное и негативистическое.

Bleuler (1911) отрицал возможность полного выздоровления и считал, что улучшение бывает лишь за счет добавочных симптомов. Вместе с тем он указывал, что у 60% больных в конце концов возникает нетяжелый дефект и они могут приспосабливаться к жизни. Большинство исследователей склонны считать, что исход в ремиссию возможен в 30—40% случаев. Другие, по-видимому, учитывающие только спонтанные ремиссии, приводят более низкие цифры.

Под словом «ремиссия» принято понимать частичное или полное исчезновение признаков заболевания. Такое состояние может наступить в силу особых закономерностей течения заболевания (спонтанная ремиссия) или в связи с терапевтическими воздействиями (терапевтическая ремиссия). Наибольший вклад в изучение ремиссий внесли советские психиатры. Так, в 30-х и 40-х годах ряд авторов в связи с изучением работоспособности больных описывали отдельные психопатологические синдромы в периоды ремиссий. Н. Г. Холзакова (1935) выделила синдромы: астенический, апатический, синдром психической хрупкости, псевдоорганический. После стабилизации дефекта ряд авторов описывали психопатоподобный синдром.

Предпринималась попытка построить классификацию ремиссий с учетом компенсации болезненных проявлений (М. М. Зак, 1950). Были выделены компенсированные состояния с астеническим дефектом, субкомпенсированные и декомпенсированные состояния. Интересна классификация ремиссий, предложенная В. М. Морозовым и Ю. К. Тарасовым (1951). Они выделили следующие типы ремиссий: гиперстенический — с педантизмом, аккуратностью, повышенной работоспособностью при однообразных условиях; астенический — с повышенной утомляемостью и

потребностью в частых периодах отдыха; параноидный — с подозрительностью, недоверчивостью, возникновением бредовых идей при утомлении; ипохондрический.

В других работах в названиях форм ремиссий отражается обычно симптоматика, свойственная шизофрении: аутистическая (Г. В. Зеневич, 1957), апатико-абулическая (Л. Н. Балашова, 1958), с синдромом психического расщепления (А. Н. Корнетов, 1968).

Н. М. Жариков (1962) выделяет такие формы ремиссий, как параорганическая, астено-ипохондрическая и психопатическая. У этих больных не удалось обнаружить интеллектуальных (паралогичность, соскальзывания) и эмоциональных расстройств.

Проблема дефекта при шизофрении наиболее полно разработана Д. Е. Мелеховым (1963). Он отмечает, что нет ни одного патогенетического и клинико-психопатологического критерия, который можно было бы рассматривать как основной для отграничения стадии дефекта от стадии активного процесса. Многие типичные проявления активного процесса, отмечает автор, надолго фиксируясь, могут становиться частью дефектного состояния. Напротив, нарастание симптомов дефекта может доказывать наличие активного процесса. Говоря, что дефектные состояния далеко не стабильны, изменчивы, Д. Е. Мелехов (1963) подчеркивает постоянную готовность их к сдвигу. Динамика дефекта может проявляться в не адекватных ситуации колебаниях настроения, появлении реактивных состояний, патологическом развитии постпсихотической личности. Эти данные чрезвычайно важны для оценки психического состояния больного в условиях судебно-психиатрической клиники.

Дифференциальный диагноз. Наибольшие трудности и соответственно расхождения во мнениях между экспертами возникают при распознавании продромального периода болезни и ее подострого начала, при вяло текущем шизофреническом процессе, в случаях глубоких ремиссий, при сочетании шизофрении с алкоголизмом, при возникновении болезни после психических травм, когда в клинической картине имеются психогенные включения. Трудно отграничить от начальных симптомов шизофрении различные формы невротических состояний и психопатии. Детальное изучение клинической картины, изменений характерологических особенностей больного и внешних событий, предшествующих развитию заболевания, помогают правильной диагностике.

При невротических состояниях ведущими являются симптомы раздражительной слабости, астении; эмоции у больных неврозами более живые и обусловлены реальными обстоятельства-

ми. В то же время уже в начальном периоде шизофрении удается отметить эмоциональную неадекватность, элементы расстройства мышления в виде «остановки» мыслей, «наплывов», иногда начальные проявления аутизма. В некоторых случаях, по определению В. М. Морозова, эмоциональные реакции больных характеризуются чрезмерной ригидностью, а реальная ситуация, вызывая их, начинает не только незаслуженно преобладать в сознании больных, но и получает несомненно уже болезненное толкование.

Распознаванию еще не очерченной клинической картины шизофрении, определению нозологической принадлежности неврозоподобной симптоматики в некоторых случаях помогает характер общественно опасного действия, которое на этой стадии болезни нередко является «чуждым» больному и совершается как бы «вопреки ожиданию». При дифференциальной диагностике между шизофренией и психопатией имеют значение изменения личностных особенностей, появление апатии, безразличия, расстройств мышления.

Как показывают катамнестические наблюдения (В. Л. Пивоварова, 1962), несвоевременное распознавание случаев шизофрении, вначале диагностируемых как психопатии, связано с тем, что нередко развитие психических изменений, характерных для шизофрении, происходит чрезвычайно медленно.

Значительные трудности представляет и дифференциальная диагностика в случаях ремиссий с психопатоподобным поведением больных, когда истинная природа психических изменений становится ясной только при достаточно тщательном исследовании и углубленном изучении динамики психического состояния. Для диагностики наряду с данными о течении болезни существенны такие признаки, как рудименты бредовых идей, «микросимптомы» кататоно-гебефренического характера, вычурные позы, легкая дурашливость, элементы «кривой» логики (О. Е. Фрейеров, 1961). Большие трудности возникают в том случае, когда приходится отграничивать шизофрению с систематизированным бредом от патологического паранойяльного развития психопатических личностей. Против последнего говорят многотемность бредовых идей, характерная для шизофрении неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций и постепенное появление признаков шизофренического дефекта.

В стадии развития клинических симптомов дифференциально-диагностических затруднений возникает меньше, чем в начальный период. В этих случаях шизофрению приходится отличать от симптоматических психозов с шизофреноподобной симптоматикой (ревматические психозы, сифилис мозга, травматиче-

ские психозы и др.), а также от циркулярного и пресенильного психозов.

При шизофрении в отличие от симптоматических психозов наряду с бредом, галлюцинациями, синдромом Кандинского, возбуждением, кататоническими проявлениями обнаруживаются характерные особенности: расщепление психики и аутизм. При симптоматических психозах, обусловленных органическим поражением, будут выявляться характерные для этих заболеваний снижение памяти и интеллекта по органическому типу, истощаемость и т. п.

Весьма важно отграничение шизофрении от реактивных психозов, с которыми часто приходится встречаться в судебно-психиатрической практике. В ряде случаев природу болезненного состояния можно уверенно установить только с учетом динамики психических расстройств.

В работах сотрудников Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского (А. Н. Бунеев, 1938; А. И. Молочек, 1941; К. Л. Иммерман, 1961; Г. В. Морозов, 1968; Ю. А. Ильинский, 1972, 1974) показано чрезвычайное многообразие психогенных влияний на шизофрению. Так, в процессуальный период под влиянием психической травмы может наблюдаться «временное собирание личности» (А. Н. Бунеев, 1938) и шизофреническая симптоматика может быть пронизана живой аффективностью. В условиях шизофренического дефекта психогенные влияния сказываются двояко: в феноменологически психогенных наслоениях и в психогенном усилении самого дефекта. Подверженность шизофрении экзогенным влияниям и большое феноменологическое разнообразие проявлений этих влияний дали основание говорить о сугубой динамичности шизофренических расстройств вообще и особенно в судебно-психиатрической клинике.

При дифференциальной диагностике необходимо учитывать все обстоятельства, предшествовавшие заболеванию, так как в клинической картине реактивных психозов (бред, галлюцинации и т. д.) могут находить отражение переживания, связанные с психической травмой. У больных реактивными психозами, так же, как и у больных шизофренией, можно наблюдать отгороженность от окружающего, недоступность, явления негативизма, двигательную заторможенность, мутизм. Однако наряду с указанными симптомами больные реактивными психозами при внешней недоступности, как правило, обнаруживают яркие вегетативные реакции (учащение пульса и дыхания, гиперемия лица, сильное потоотделение и т. д.).

После барбамил-кофеинового лечения больных со ступорозными состояниями реактивного генеза удается установить, что

их высказывания тесно связаны с психотравмирующей ситуацией. Больные начинают говорить о своем судебном деле, плачут, просят помочь им, оправдываются, беспокоятся о своем будущем, о своих близких. Иногда поведение таких больных носит черты псевдодеменции.

При течении шизофрении с психогенными наслоениями нарушается основное качество психогенных реакций, что проявляется в «симптоме обнаженности». Нарушаются непрерывность течения и закономерности усложнения реактивного состояния, целостность структуры реактивного состояния.

Особенно затруднен дифференциальный диагноз шизофрении, когда заболевание выявляется в период следствия или в местах лишения свободы и протекает в форме острого галлюцинаторно-параноидного состояния. Бредовые идеи отношения, преследования, обвинения в этих случаях сопровождаются напряженным аффектом, страхом, тревогой. Истинные слуховые галлюцинации, а также псевдогаллюцинации отражают реальную психотравмирующую ситуацию, связаны с определенными лицами, имеющими отношение к окружению больного, суду и следствию. Можно наметить ряд опорных пунктов, которые помогают ранней диагностике этих болезненных состояний.

При шизофрении синдром психического автоматизма отличается большим многообразием: наряду с элементами идеаторного автоматизма имеют место феномены исчезновения мыслей. Нередко в структуру болезненного состояния включаются явления двигательно-волевого и аффективного автоматизма (К. Л. Иммерман, 1961). В начале заболевания есть определенная связь содержания псевдогаллюцинаций с психотравмирующей ситуацией, в дальнейшем эта связь утрачивается, «голоса» нередко становятся императивными. Бред также утрачивает связь с реальной ситуацией и склоняется к систематизации. С течением времени напряженный аффект страха сменяется вялостью, заторможенностью, дурашливостью, неадекватностью.

В отличие от галлюцинаторно-параноидных синдромов реактивного генеза в состоянии больных шизофренией наблюдаются внезапные, не зависящие от внешних условий, спонтанные колебания — бред становится то более интенсивным, то ослабевает, а иногда на некоторое время полностью исчезает.

Трудно выявить шизофренический процесс, особенно при медленно прогредиентной параноидной шизофрении, у больных, злоупотребляющих алкоголем. Алкогольная интоксикация наряду с другими факторами — психогениями и соматогениями — может вызывать обострение болезни. В таких случаях симптомы, установленные при экспертизе (параноидные идеи, единичные

галлюцинации), развившиеся после злоупотребления алкоголем, без учета течения заболевания в целом, расцениваются иногда не как болезненные, а лишь как обусловленные похмельными явлениями. Это бывает особенно часто тогда, когда в материалах дела содержатся данные о склонности обследуемого к дебоширству, хулиганству, агрессивным намерениям. Систематическое пьянство больных, пьяные дебоши могут создавать фасадный банальный «алкогольный облик» и маскировать симптоматику шизофрении. Для распознавания болезни важно то, что параноидные высказывания, которые в состоянии опьянения становятся более отчетливыми, не являются чем-то новым, не свойственным больному ранее. Такие высказывания наблюдаются на всем протяжении болезненного процесса и наряду с другими особенностями психики не исчезают в состоянии алкогольного опьянения.

Вопросы этиологии и патогенеза. Этиология и патогенез шизофрении до настоящего времени остаются неясными.

Исследования, проведенные отечественными и зарубежными психиатрами (М. Галачьян, 1937; И. В. Шахматова, 1972; Kallmann, 1938, 1946; Bleuler, 1955; Leonhard, 1957) дают основание считать, что в части случаев есть генетическая связь между особенностями развивающегося шизофренического процесса и психическими аномалиями в семьях больных шизофренией. Установлено (данные Института психиатрии АМН СССР), что у родственников больных рекуррентной шизофренией наблюдается выраженная аффективная лабильность. Психике родственников больных шизофренией с непрерывным течением болезни свойственна стабильность. Наблюдаемый у родственников психический склад личности может быть обозначен обобщенным понятием «шизоидная» психопатия.

Наследственная предрасположенность к шизофрении обнаруживается довольно часто. По данным Kallmann (1938), в семьях, где один из родителей болен шизофренией, 16,4% детей заболевают этой болезнью. При заболевании обоих родителей этот процент повышается до 68,1.

Многие исследователи придавали большое значение в этиопатогенезе психических заболеваний, в том числе и шизофрении, нарушениям обмена биогенных аминов. Известно, что серотонин выполняет в организме многие функции, в том числе и функции синаптического медиатора. В психофармакологической лаборатории Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского исследовали содержание серотонина в крови больных шизофренией. Существенных отличий в колебаниях фонового уровня этого вещества у обследованных больных не было. Однако при исследо-

вании после введения аналога резерпина — рауседила уровень серотонина в крови обследованных больных шизофренией и реактивными состояниями претерпевал различные колебания.

Это позволяет предположить принципиальное отличие в функционировании биохимических систем, связанных с обменом серотонина, при шизофрении и реактивных состояниях.

Интересны эксперименты с галлюциногенными веществами и изучение метаболизма нейрогуморальных регуляторов при шизофрении. Ряд авторов указывают, что галлюциногенные вещества (мескалин, лизергиновая кислота, адренохром) у психически здоровых вызывают психотические состояния, напоминающие острую форму шизофрении; у больных шизофренией, находящихся в состоянии ремиссии, они могут привести к возвращению прежней симптоматики. В связи с этим исследователи считают, что шизофрения может возникать в результате образования подобных веществ в организме вследствие нарушения обмена. По их мнению, эти вещества должны занимать промежуточное место между мескалином и адреналином. Такие вещества могут образовываться за счет повышенной окислительной способности церулоплазмина, обнаруженного у больных шизофренией.

В механизме психических нарушений при шизофрении многие авторы отводят важное место состоянию вегетативной нервной системы. Одни считают, что при кататоническом ступоре наблюдается парасимпатикотония, другие — симпатикотония. Исследования, проведенные в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского, показали, что при кататоническом ступоре наиболее характерна диссоциация вегетативных реакций с тенденцией к симпатикотонии, а механизм возникновения некоторых ступорозных состояний можно объяснить возбуждением определенных структур сетевидного образования (Г. В. Морозов, И. П. Анохина, 1965).

В последние годы стали появляться работы, посвященные изучению иммунологической реактивности и образованию аутоантигенов и аутоантител у больных шизофренией. Сыворотка крови больных шизофренией примерно в $1/3$ случаев связывает комплемент с нативным антигеном головного мозга человека. Это дает основание говорить об образовании у больных шизофренией аутоантигенов из ткани мозга и о выработке специфичных к ним антител (С. Ф. Семенов, 1969; Н. И. Кузнецова, 1970). Эти антитела к мозгу обнаруживались преимущественно у длительно болеющих с чертами дефекта в клинической картине. К. Н. Назаров (1962) установил, что на ранних стадиях шизофрении аутоиммунизация организма антигенными веществами головного мозга имеет аллергические компоненты.

Мультидисциплинарные исследования, проведенные в Институте психиатрии АМН СССР, позволяют авторам высказать предположение о том, что развитие заболевания связано с появлением аномальных метаболитов в крови, повреждением клеточных мембранных структур мозга, повышенным проникновением в нервную клетку патологических продуктов обмена и нарушением энергетического обмена и функции нервных клеток (М. Е. Вартанян, Д. Д. Орловская, Г. Н. Коляскина, 1972).

Ряд принципиально важных положений о патологии высшей нервной деятельности при шизофрении высказал И. П. Павлов, который придавал большое значение разлитому охранительному торможению в коре больших полушарий и фазовым состояниям в генезе психических расстройств при шизофрении. Дальнейшие нейрофизиологические исследования показали значение нарушений ряда функциональных систем мозга, что выражается в расстройстве взаимодействия новой коры, палеокортекса, подкорковых образований и сетевидного образования ствола мозга (Э. А. Костандов, 1965; Gantt, 1964).

Лечение. Весь процесс лечения больных шизофренией, начатый в условиях судебно-психиатрической экспертизы и продолженный в психиатрической больнице, в том числе и принудительное лечение с последующим внебольничным наблюдением, должен составлять единый комплекс терапевтических мероприятий.

Некоторые судебные психиатры считали, что в их задачу не входит проведение лечебных мероприятий. Негативное отношение к лечению в условиях судебно-психиатрических стационаров может быть связано также с необоснованным опасением сглаживания болезненной симптоматики, что якобы затрудняет распознавание болезни.

Опыт лечения в условиях экспертизы показывает, что своевременно начатая терапия способствует не только большей эффективности лечения в целом, но, улучшая общее состояние больных, делает их более доступными и, таким образом, помогает правильной психопатологической квалификации болезненного состояния и распознаванию болезни. В частности, применение нейролептических средств при шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы показало их эффективность в отношении психогенных наслоений или обострений шизофренического процесса под действием психотравмирующей ситуации.

При проведении принудительного лечения следует, в частности, учитывать такие свойства нейролептических ремиссий, как «зашторивание» позитивной симптоматики. Эта симптоматика, особенно бредовые идеи, галлюцинаторные расстройства, могут быстро актуализироваться после преждевременной выписки боль-

ных без поддерживающей терапии. В целях реабилитации больных и профилактики повторных опасных действий необходима связь больниц, где проводится принудительное лечение, с учреждениями, осуществляющими последующее внебольничное наблюдение. При шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом, необходимо сочетать лечение шизофрении нейролептиками с проведением симптоматического курса противоалкогольного лечения.

Во время принудительного лечения активное медикаментозное воздействие необходимо сочетать с широким кругом комплексных реабилитационных мероприятий. Такая комплексная терапия влияет не только на клиническую картину болезни, особенно в период ремиссий, но и на поведение больных, их трудовую установку.

В комплекс реадаптационных мероприятий должна входить не только трудовая терапия, вовлечение больных в культурно-массовую работу, но и установление связи с родственниками и близкими людьми; все это благотворно влияет на состояние больных и их ресоциализацию.

Судебно-психиатрическая оценка. Среди лиц, признаваемых невменяемыми, около 50% страдают шизофренией. Это объясняется особенностями клинических проявлений и относительной частотой данного заболевания. Если у больного обнаруживается отчетливая клиническая картина шизофрении или явные признаки дефекта, трудностей при судебно-психиатрической оценке не возникает. Если заболевание начинается в период следствия или при отбывании наказания, то суд освобождает такого больного (ч. 2 ст. 11 УК РСФСР и ст. 362 УПК РСФСР), хотя в отношении инкриминируемого деяния они могут считаться вменяемыми. Таких больных по решению суда направляют на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Общественно опасные действия больные шизофренией могут совершать на разных этапах болезни. Определенную опасность больные шизофренией представляют в начале заболевания, что связано с особенностями психопатологических проявлений. У одних больных преобладают психопатоподобные симптомы, в том числе паранойяльность, расстройства настроения и влечений, у других остро развиваются страх, образный бред, галлюцинации, нередко имеющие императивное содержание, растерянность, кататонические симптомы, среди которых бывают импульсивные поступки.

Обследуемый Ф., 19 лет, обвиняется в том, что он без всякого повода нанес удары топором гражданке Б. Ф. рос и развивался правильно. Знает, что в детстве болел воспалением легких. По характеру был спокой-

ным, общительным. В школу поступил в возрасте 8 лет, окончил 7 классов и ремесленное училище. Работал на заводе модельщиком, с работой справлялся.

За несколько дней до правонарушения у Ф. появилась тревога, подозрительность, настороженность. По словам его матери, он повторял, что ему «что-то подстроили», перестал есть. В день правонарушения Ф. пошел на работу, по дороге у него возник страх, по его словам, он стал «блудиться», «крутиться», бегать по лесу. Считал, что его преследуют, «в поле увидел мужчину с косой в руке», появилась мысль, что этот человек должен его убить, хотел бежать, но почему-то, напротив, подошел к этому незнакомому мужчине. О дальнейших событиях рассказать ничего не может. Пришел в себя в психиатрической больнице, где также продолжал испытывать страх, плохо спал.

Из материала уголовного дела известно, что Ф. прибежал в деревню к дому Б., взял с телеги топор и стал рубить им стену дома. Все это он делал молча. Когда из дома вышла Б. с целью успокоить Ф., он нанес ей два удара топором. Затем, по показаниям свидетелей, Ф. то вставал на колени и просил прощения, то был злобен, нецензурно бранился, то вдруг начинал плясать.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского установлено.

Ф. среднего роста, правильного телосложения. На верхушке сердца прослушивается систолический шум, имеется акцент второго тона на легочной артерии (недостаточность двустворчатого клапана). Остальные внутренние органы без отклонений от нормы.

При неврологическом обследовании знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено.

Ф. малодоступен, растерян, тревожен, часто испуганно озирается по сторонам, в контакт с врачом вступает формально.

Сведения о себе сообщает непоследовательно, путанно. Себя считает психически здоровым, неохотно принимает лечение, просит отпустить его домой и наряду с этим жалуется на страх, тревогу, ожидание чего-то тяжелого. Не может понять, что с ним происходит, где он находится, кто его окружает. Правонарушения не отрицает, но не может рассказать, как оно произошло. Повторяет, что в то время ему «было страшно», «все мерещилось, крутилось». В отделении остается растерянным, временами суетлив, часто бесцельно бродит по палате и коридору, испытывает страх. С окружающими не общается. Критика к своему состоянию и создавшейся ситуации отсутствует.

Заключение: Ф. страдает психическим заболеванием в форме шизофрении; в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в состоянии острого болезненного расстройства психической деятельности, Ф. невменяем. По своему психическому состоянию Ф. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Особенности судебно-психиатрической оценки вяло текущей формы шизофрении заключаются в трудности распознавания из-за стертости ее клинических проявлений. Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у этих больных могут расцениваться как характерологические особенности, а паранойяльный бред — как ситуационная реакция. Эти больные могут долго удерживаться в жизни, работать. Подобные больные не привлекают к себе особого внимания психиатров, даже если бо-

лезнь установлена, что затрудняет выявление нарастания симптоматики, которая может привести к общественно опасному действию. Больные с вялым течением болезни дольше могут оставаться незамеченными и в условиях исправительно-трудовых учреждений, чаще бывают объектом судебно-следственных ошибок.

Обследуемая З., 48 лет, обвиняется в клевете на своих соседей. З. росла и развивалась правильно, в детстве перенесла корь. В возрасте 7 лет поступила в школу, училась хорошо, была любознательна, общительна, имела много подруг. По окончании 7-го класса З. поступила на курсы машинописи, которые успешно окончила, одновременно училась на курсах иностранных языков. Работала машинисткой. В первые годы работы принимала активное участие в общественной жизни, занималась в кружках самодеятельности. В дальнейшем круг интересов стал суживаться, сделалась замкнутой, малообщительной, начала подозревать сотрудников в недоброжелательном к ней отношении, вступала в конфликты, переходила из одного учреждения в другое.

В возрасте 25 лет была направлена на консультацию в психоневрологический диспансер, в котором с тех пор состоит под наблюдением с диагнозом: шизофрения. З. жила одиноко, постоянно была напряженной, подозрительной, ссорилась с соседями.

Несколько лет назад решила переехать в другую квартиру, так как ей казалось, что соседи портили ее вещи, забирались к ней в запертую комнату, нарочно шумели, не давая ей спать. После переезда в новую квартиру, по словам З., продолжалось преследование и со стороны новых соседей, которые «проникали» в ее комнату, «брали вещи», «отравляли приготовленную пищу», в связи с чем З. начала подавать многочисленные заявления в суд.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского установлено: З. небольшого роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявляется. Климакс с 45 лет.

При неврологическом обследовании знаков очагового поражения центральной нервной системы не выявлено.

З. в ясном сознании, правильно ориентирована в окружающем, знает о цели направления на экспертизу. Эмоционально несколько вяла, однообразна, гиподинамична. Склонна к резонерству, без всякой критики рассказывает о различных преследованиях со стороны соседей. Себя считает совершенно здоровой. Просит проверить состояние ее психического здоровья по учебнику немецкого языка, с которым не расстается в отделении. Формально поведение правильное, с больными избирательно общительна. Память на прошлые события несколько снижена, мышление непоследовательное, с элементами разорванности. Критика к своему состоянию и создавшейся ситуации отсутствует. З. убеждена, что соседи сознательно добивались ее выселения из комнаты, не останавливаясь даже перед попытками отравить ее.

Заключение: З. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (медленно текущий шизофренический процесс); в отношении инкриминируемого правонарушения З. невменяема. По своему психическому состоянию З. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа. В дальнейшем должна находиться под наблюдением психоневрологического диспансера.

Ремиссии при шизофрении бывают с более или менее выраженными изменениями личности. Больные в состоянии ремиссии с дефектом также могут совершать общественно опасные действия. Трудно определить вменяемость этих лиц, особенно тогда, когда больные совершают опасные действия по корыстным мотивам либо совместно с другими, психически здоровыми, лицами. В таких случаях необходимо бывает решить, настолько ли глубоки изменения личности, что они не позволяют больным правильно оценивать сложившуюся ситуацию и руководить своими действиями, или изменения личности незначительны и не определяют поведение. Этот вопрос изучали И. Н. Введенский (1935), А. Н. Бунеев, (1938), А. М. Халецкий (1938) и др.

Авторы отечественных и зарубежных работ последних лет справедливо призывают к осторожности при заключении о вменяемости и рассмотрению не только глубины и структуры ремиссии, но и ее стойкости. Большинство авторов указывают, что шизофреническая симптоматика даже в качестве остаточных явлений говорит против вменяемости (Н. М. Жариков, 1959; Д. Р. Лунц, 1966; Г. В. Морозов, 1968; Langelüddecke; 1959; Ianzarik, 1961).

Вменяемыми могут быть признаны только те больные шизофренией, у которых наступившая ремиссия отличается стойкостью, длительностью, отсутствием изменений личности, когда больной хорошо адаптирован и не обнаруживает ухудшения психического состояния в условиях психотравмирующей ситуации (Д. Р. Лунц, 1966). Однако длительные и стойкие ремиссии без заметных изменений личности сравнительно редки и, как правило, больных шизофренией и в период ремиссии признают невменяемыми.

Обследуемый М., 30 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий. М. в детстве рос и развивался правильно, болел дизентерией и малярией. В школу поступил в возрасте 8 лет, учился хорошо. По характеру был общительным, любил читать. Окончил 7 классов средней школы и курсы продавцов. Работал продавцом, агентом по снабжению, заведующим складом. В возрасте 25 лет оставил работу и поступил в кинотехникум, однако в связи с материальными затруднениями занятия вскоре прекратил. В этом же году у М. появилось «тоскливое», а затем «возбужденное» состояние, ему казалось, что он попал в «школу шпионажа», что окружающие узнают его мысли.

Из медицинской документации известно, что М. «заговаривался, разбрасывал свои вещи, ходил босиком, не спал, опасался бомбардировки, слышал выстрелы». Будучи госпитализирован в психиатрическую больницу, сопротивлялся осмотру, считал, что на него «действуют окружающие», испытывал страхи, отказывался от пищи (кормили через зонд), был злобным, агрессивным, недоступным. После проведенного в больнице лечения сульфозином и инсулином состояние М. улучшилось, однако отмечались признаки эмоционального снижения, черты дурашливости. М. был выписан

из больницы с диагнозом: шизофрения, галлюцинаторно-параноидная форма; ремиссия с дефектом.

В дальнейшем у М. в течение нескольких месяцев была II, а затем III группа инвалидности. Работал агентом по снабжению, проводником поезда, одновременно учился в вечерней школе, закончил 10 классов и поступил в техникум. В техникуме М. с трудом воспринимал учебный материал. На лекциях, по его словам, «выключался», так как «мысли вдруг исчезали», но временами «голова начинала работать необычно интенсивно». Часто беспокоили головные боли.

Из материалов дела известно, что М. пришел на дачный участок незнакомого ему гражданина К. и стал требовать, чтобы принадлежавшая хозяевам собака перестала лаять. Владельцы дома попросили его уйти. М., нецензурно бранясь, избил К. и нанес ему ножевые ранения. М. утверждает, что о своем правонарушении ничего не помнит.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского установлено: М. высокого роста, правильного телосложения, хорошего питания. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено.

При неврологическом обследовании знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено.

М. в ясном сознании, формально ориентирован в происходящем. Во время беседы с врачом несколько насторожен, на вопросы отвечает односложно. В отделении шумлив, легко раздражается, вступает в спор с больными, цинично бранится, иногда становится агрессивным. Пребыванием в психиатрическом учреждении не тяготится и не проявляет беспокойства в связи с неблагоприятной судебно-следственной ситуацией. Пишет рассказы, изучает английский язык. Отмечает, что часто его мысли «отключаются» и он не воспринимает окружающего, иногда же, наоборот, «появляется в голове сразу много мыслей». Психически больным себя не считает. Заявляет, что после пребывания в психиатрической больнице стал «уравновешенным и спокойным, у него появилась «склонность к самоанализу и самоконтролю», «способность особенно глубоко понимать людей и вникать в происходящие события». При расспросах о правонарушении М. некритично поясняет, что «с целью 100% выявления преступности» его решили «умышленно осудить», в действительности же он «ничего не совершил».

Заключение: М. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением (ремиссия с чертами дефекта), в отношении инкриминируемого ему деяния невменяем. По своему психическому состоянию М. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Нередко общественно опасные действия совершают больные, у которых в результате болезненного процесса наступили явные изменения личности с эмоциональной тупостью. В этот период неправильное поведение больных определяют, как правило, не бредовые расстройства, которые к этому времени обычно утрачивают свою актуальность для больного, а скорее нарушения мышления, невозможность правильно оценить окружающую обстановку и ситуацию, т. е. не позитивные, а негативные симптомы.

Обследуемый Н., заболевший шизофренией 10 лет назад, лечившийся в прошлом в различных психиатрических больницах без какого-либо заметного улучшения, находился дома на попечении матери, которая

ухаживала за ним и кормила его. Без матери Н. был совершенно беспомощен. Однажды мать не приготовила ему той пищи, которую он просил. Н. вышел во двор, взял полено и начал избивать мать. В результате побоев мать умерла. Когда Н. спросили, сожалеет ли он о совершенном, он ответил, что мать старая и уже достаточно пожила.

Поведение больных при совершении общественно опасных действий определяется, как правило, ведущим клиническим синдромом. Наиболее опасны больные параноидным синдромом. Под влиянием идей отношения, бреда преследования, физического или гипнотического воздействия больные могут совершать нападения, убийства и т. п. Нередко у этих больных окружающие не замечают признаков заболевания, и только неправильное поведение в момент совершения общественно опасных действий позволяет заподозрить психическую болезнь (Я. М. Калашник, 1970).

Большую опасность представляют больные с ипохондрическим бредом. Особенности ипохондрического синдрома обычно заставляют таких больных обращаться к врачам различных специальностей (терапевты, хирурги, венерологи и т. д.). Не избавившись от своих болезненных ощущений, больные могут расценивать это как умышленное неоказание помощи, включать врачей в свои бредовые переживания и совершать против них те или иные опасные действия, вплоть до попыток убийства.

Следует особо подчеркнуть большую социальную опасность больных в период манифестации болезни (развитие «большого синдрома»), которая сопровождается растерянностью, тревогой, страхами; а также при переходе паранойяльных расстройств в параноидные с синдромом психического автоматизма. Нельзя забывать и о возможности симуляции и диссимуляции у больных шизофренией (см. главу 29. «Симуляция психических расстройств»).

Болезненные расстройства у больных шизофренией (бред, галлюцинации) тесно связаны с эмоциями, так как жизненно важны для этих больных. Это, в частности, проявляется увеличением кожно-гальванической реакции у больных при беседе об их болезненных расстройствах (Н. Д. Лакосина, 1958). Нередко больные шизофренией проходят судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами, когда решаются вопросы дееспособности и соответственно опеки. Обычно это либо больные, страдающие вяло текущей шизофренией, либо находящиеся в состоянии ремиссии. Между экспертными показателями вменяемости и дееспособности в некоторых случаях бывает расхождение. Вопрос о дееспособности ставится в отношении более широкого клинического контингента, так как способность рассудительно вести свои дела не уничтожается в некоторых случаях

нередко выраженного шизофренического дефекта (Е. М. Холодковская, 1962). Особенности клиники шизофрении, диссоциированная адаптация больных и различные требования отдельных видов правоотношений (воспитание детей, брачные отношения, сделки и др.) требуют дифференцированного подхода к состоянию больных применительно к разным правовым актам.

Литература

Бунеев А. Н. О шизофренических реакциях.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. М., Юридическое издательство НКЮ СССР, 1938, с. 45—64.

Введенский И. Н. Судебно-психиатрическое значение мягких форм шизофрении.— В сб.: Проблемы психиатрии и психоневрологии. М., Медгиз, 1935, с. 429—439.

Гиляровский В. А. О ранних симптомах шизофрении.—«Врач. дело», 1925, № 24—25, с. 3—10.

Гиляровский В. А. Психиатрия. Изд. 4-е. М., Медгиз, 1954, 520 с.

Жариков Н. М. Вопросы судебно-психиатрической оценки шизофрении.— «Суд.-мед. экспер.», 1959, № 3, с. 43—46.

Зак М. М. Катамнез шизофреников, леченных различными методами.—«Невропатол. и психиатр.», 1950, т. 19, в. 3, с. 52—56.

Ильинский Ю. А. Некоторые особенности психогенных реакций при шизофрении с дополнительными вредностями.— В кн.: Профилактика общественно опасных действий, совершаемых психически больными. Материалы конференции 14—15 сентября 1972 года. Под ред. проф. Г. В. Морозова. М., 1972, с. 31—34.

Ильинский Ю. А. Особенности клиники шизофрении, осложненной психогениями. Практика судебно-психиатрической экспертизы. Под ред. проф. Г. В. Морозова. В. 22. М., 1974, с. 10—18.

Иммерман К. Л. О некоторых особенностях течения, шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы. Практика судебно-психиатрической экспертизы. Под ред. проф. Г. В. Морозова, № 3. М., 1961, с. 49—58.

Калашник Я. М. Психопатологическая характеристика лиц, совершивших убийство в невменяемом состоянии. 4-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов, 1963, т. I, с. 487—489.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. М., Медгиз, 1952, 167 с.

Кербиков О. В. Острая шизофрения. М., Медгиз, 1949, 174 с.

Корнетов А. Н. Поддерживающая терапия и ремиссии у больных шизофренией.— В кн.: Терапия психических заболеваний. Под ред. В. М. Банщикова. М., 1968, с. 48—53.

Костандов Э. А. Исследования взаимодействия коры и ретикулярной формации ствола мозга у больных шизофренией.— Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, т. 4, в. 2. М., 1965, с. 30—38.

Краснушкин Е. К. Избранные труды. Под ред. В. М. Банщикова, П. М. Зиновьева и М. А. Краснушкиной. М., Медгиз, 1960, 608 с.

Лакосина Н. Д. Исследование кожно-гальванических реакций у больных шизофрений.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1968, т. 68, в. 12, с. 1473—1483.

Лунц Д. Р. О возможности признания вменяемости лиц, перенесших приступы шизофрении. Методическое письмо. Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сб. 14. М., 1970, с. 107—115. Под ред. проф. Г. В. Морозова.

Мелехов Д. Е. Социальная реадаптация больных шизофренией.— Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. Шизофрения. Вып. 1. М., 1965, с. 53—64.

Молочек А. И. Психореактивные механизмы при шизофрении.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. 3. М., Юридическое издательство НКЮ СССР, 1941, с. 94—118.
Морозов Г. В., Анохина И. П. Изучение функционального состояния центральных адренергических и холинергических структур на различных этапах течения шизофрении.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1966, т. 66, в. 8, с. 1219—1227.
Морозов Г. В. Ступорозные состояния. М., «Медицина», 1968, 239 с.
Морозов Г. В. О дифференциальной диагностике шизофрении и затяжных реактивных состояний.—«Вестн. АМН СССР», 1971, № 5, с. 23—26.
Морозов Г. В. К вопросу об отграничении шизофрении от затяжных реактивных психозов по данным отдаленного катамнеза. Практика судебно-психиатрической экспертизы. В. 23. М., 1974, с. 3—9. Под ред. проф. Г. В. Морозова.
Морозов В. М., Тарасов Ю. К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении.—«Невропатол. и психиатр.», 1951, в. 4, т. 20, с. 44—47.
Морозов В. М. О начальной стадии параноидной формы шизофрении.— Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Т. 3, вып. I. Шизофрения. М., 1965, с. 204—209.
Пивоварова В. Л. Анализ случаев шизофрении, диагностированных как глубокие психопатии, исключающие вменяемость.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Под ред. проф. Г. В. Морозова. Вып. 13. М., 1962, с. 144—154.
Попов Е. А. О приложении учения И. П. Павлова к области психиатрии.— «Ж. невропат. и психиатр.», 1957, т. 57, в. 6, с. 673—680.
Семенов С. Ф. Шизофрения. Киев, Медгиз, 1961, 229 с.
Тальце М. Ф. Судебно-психиатрическое значение вялотекущей параноидной формы шизофрении.— Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Вопросы судебной психиатрии. Т. 8. М., 1965, с. 121—124.
Труды 1-го Всесоюзного совещания по судебной психиатрии (22—24 декабря 1936 г.) М., Юриздат, 1937.
Фрейеров О. В. Особенности диагностики и судебно-психиатрической экспертизы психопатоподобных состояний при шизофрении.— В кн.: Проблемы клиники судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии и иммунологии, № 3, в. 15, М., 1967, с. 295—309.
Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. Под ред. А. В. Снежневского. М., «Медицина», 1972, 399 с.
Холодковская Е. М. Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. М., «Медицина», 1967, 110 с.
Яновская Э. В. Катамнестическое исследование больных параноидной формой шизофрении, совершивших опасные действия по бредовым мотивам.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1966, т. 66, в. 9, с. 1392—1397.

Глава 16

Эпилепсия

Эпилепсия (от греч. epilepsia — настигать, овладеть, взять; morbus sacer, morbus comitialis, «падучая болезнь») — психическое заболевание, проявляющееся различными пароксизмальны-

ми состояниями, психозами и специфическими изменениями личности, в тяжелых случаях приводящими к слабоумию.

Название болезни отражает один из наиболее характерных ее симптомов — большой судорожный припадок, достоверно описанный еще в донаучный период медицины.

Судорожные и иные припадочные (пароксизмальные) состояния, характерные для эпилепсии, встречаются при самых различных органических поражениях центральной нервной системы. От собственно эпилепсии (генуинная) отличают так называемую симптоматическую эпилепсию (травматического, инфекционного, сосудистого, алкогольного и другого генеза) с эпилептиформными проявлениями. Последняя, являясь лишь одним из симптомов поражения мозга, не определяет свойственного данному заболеванию стереотипа развития болезненного процесса.

По мере накопления научных данных рамки генуинной эпилепсии постепенно сужаются. Все чаще в качестве причины эпилептической симптоматики выступают очаговые поражения головного мозга — родовые и послеродовые травмы, асфиксия, аномалии развития плода и др. Тем не менее во многих случаях причина эпилепсии остается невыясненной. Большую роль в происхождении заболевания отводят повышенной судорожной готовности, возникающей в результате или наследственного предрасположения, или приобретенных в течение жизни изменений функционального состояния центральной нервной системы и обмена веществ.

Основой патофизиологических процессов, обусловливающих эпилептические проявления, считают очаг патологически инертного, застойного возбуждения (эпилептический очаг по И. П. Павлову). Активность в очаге под влиянием добавочных внешних и внутренних раздражителей постепенно нарастает и, достигая определенного предела, внезапно приводит к разряду — «взрыву» возбуждения, распространяющегося на кору и подкорковую область мозга. От локализации эпилептического очага, силы «взрыва» и области распространения возбуждения зависит тип эпилептических расстройств.

Симптоматика генуинной эпилепсии сложна и многообразна. Расстройства при этой болезни можно разделить на 3 большие группы: кратковременные судорожные или бессудорожные припадочные состояния — пароксизмы; острые, затяжные и хронические эпилептические психозы; изменения личности — характерологические и интеллектуальные.

Среди судорожных пароксизмов наиболее типичным и важным для диагностики эпилепсии является большой (развернутый, генерализованный) судорожный припадок. Ему за

несколько часов или дней могут предшествовать неспецифические предвестники (головная боль, раздражительность, нарушения сна и др.) — предприпадочное состояние. Для большого судорожного припадка характерна определенная очередность, фазность болезненных проявлений; внезапная утрата сознания, сопровождающаяся расслаблением мускулатуры тела и падением больного, фаза тонических судорог (около 30 с), фаза клонических судорог (1—3 мин), заключительный период припадка — коматозное состояние с обездвиженностью, отсутствием реакции на окружающее, постепенно переходящее в сопорозное состояние и затем обычно в сон. Во время клонической фазы больной нередко прикусывает язык, бывает непроизвольное мочеиспускание, иногда дефекация. Длительность припадка не превышает 5 мин.

В некоторых случаях после припадка наступает не сон, а оглушенность с дезориентировкой в окружающем, растерянностью, амнестической афазией, олигофазией, двигательным беспокойством — постприпадочное состояние. Воспоминания о припадке отсутствуют (амнезия), однако в памяти больного может сохраниться самое начало припадка. Это происходит в тех случаях, когда припадку предшествует аура (лат. aura — ветерок, дуновение) — нередкое при эпилепсии расстройство, возникающее за несколько секунд, иногда минут до полной потери сознания.

Выделяют 4 основных типа ауры: сенсорная аура (наиболее частая) проявляется различными ощущениями (ползание мурашек, покалывание, жжение, онемение), отрывочными галлюцинациями (искры, световые пятна, звон, шум, крик, неприятный запах, необычные вкусовые ощущения); вегетативная аура (сердцебиение, чувство удушья, ощущение голода, жажды, потливость).

Моторная аура проявляется различными однообразными движениями (топтание, кружение на месте, причмокивание языком, стремление бежать), повторением отдельных слов, фраз; психическая аура выражается в аффектах страха, ужаса в сочетании со сложными галлюцинациями, в симптомах «уже виденного» или «никогда не виденного». Возможна комбинация различных типов ауры, однако у каждого больного содержание ауры постоянно. Припадки, ограничивающиеся только аурой или какой-либо другой стадией большого припадка, называются рудиментарными или абортивными.

Частота припадков у разных больных весьма различна: от единичных в течение жизни до ежедневных. Иногда возникают серии припадков — они следуют один за другим без полного прояснения сознания между ними (до 100 и более в сутки). Такое состояние, называемое эпилептическим статусом, нередко пред-

ставляет угрозу для жизни больного и требует оказания срочной помощи.

Адверзивный судорожный припадок начинается с тонической фазы, при которой поворачиваются в сторону сперва глазные яблоки и голова, а затем и все тело больного, вслед за чем больной падает. Далее наступает клоническая фаза припадка, неотличимая от таковой при большом эпилептическом припадке.

Припадки Джексона (частичные эпилептические припадки), — тонические и клонические судороги, обычно ограничиваются одной половиной тела. Припадки начинаются с судороги пальцев рук или ног и одновременного поворота глазных яблок, головы и туловища в одну сторону. Больной теряет сознание лишь в тех случаях, когда судороги генерализуются и переходят на другую половину тела.

Малый припадок характеризуется внезапным и очень кратковременным (несколько секунд — минута) выключением сознания, не сопровождается падением больного. Иногда бывают слабые судорожные подергивания в отдельных группах мышц. Больные на мгновение как бы застывают в одной позе и замолкают, взгляд становится бессмысленным, блуждающим. Иногда больные совершают стереотипные движения или несколько раз повторяют одни и те же слова или фразы; очнувшись, продолжают прерванное занятие. О случившемся больной не помнит. Еще более кратковременная потеря сознания называется абсансом (франц. absence — отсутствие). Здесь судорожного компонента нет.

Нарколептический припадок — внезапное непродолжительное (секунды, минуты, изредка несколько десятков минут) развитие непреодолимой сонливости, сменяющейся сном. Припадок возникает в любых условиях—во время ходьбы, при езде на транспорте или его вождении, во время работы, в том числе и в условиях, опасных для жизни, и др.

Катаплектический припадок — внезапное расслабление мышечного тонуса под влиянием неожиданных раздражителей, например звуковых, или сильных аффектов (испуг, радость, гнев и т. п.). Припадок может сопровождаться падением. Сознание сохраняется. Из-за атонии речедвигательных мышц больные во время припадка не отвечают на вопросы.

Психические эквиваленты (Hoffmann, 1862) — кратковременные психические расстройства, возникающие самостоятельно, как бы вместо припадка. Так же как и припадки, эквиваленты (от лат. aequivalentis — равнозначный) возникают и кончаются внезапно, непродолжительны (хотя в отличие от припадков мо-

гут продолжаться часы и дни), обычно постоянны в своих клинических проявлениях у одного и того же больного. Психическим эквивалентам могут предшествовать неспецифические предвестники, в ряде случаев аура.

Дисфории — эпилептические расстройства настроения. Наиболее частая форма психических эквивалентов: «Нет эпилептика, у которого они не наблюдались бы» (Bleuler, 1920). Состояния с пониженным аффектом встречаются чаще, чем состояния с повышенным аффектом. Депрессивное расстройство настроения при дисфориях чаще всего проявляется тоской, тревогой, беспричинным страхом, сочетающимися со злобностью, подозрительностью, напряженностью, готовностью к разрушительным действиям, направленными обычно против окружающих больного лиц. Нередко больные жалуются на неодолимое желание убить кого-нибудь из близких или покончить с собой. Дисфории могут сопровождаться неприятными, а порой и мучительными физическими ощущениями — сенестопатиями: боль в сердце, жжение в различных участках тела, чувство сжатия некоторых внутренних органов.

Иногда отмечается подавленное настроение с жалобами на трудность сосредоточиться, невозможность осмыслить вопросы окружающих, понять происходящее. Для таких больных характерна двигательная заторможенность.

Состояния повышенного настроения обычно сопровождаются восторженностью, достигающей экстаза на высоте эпизода. Реже повышенный аффект имеет морноподобные черты или черты дурашливости с паясничаньем. Как правило, отмечается более или менее выраженная раздражительность. На высоте расстройства настроения может развиться помрачение сознания, что доказывают отрывочные воспоминания больного о происшедшем. В периоды дисфорий могут возникнуть непреодолимое стремление к бродяжничеству (дромомания, порномания), запойное пьянство (дипсомания), воровство (клептомания), поджоги (пиромания), сексуальные эксцессы.

Сумеречные помрачения сознания—самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, окружающем, собственной личности; сопровождается неправильным поведением. Когда преобладают только эти симптомы, можно говорить о простой форме сумеречного помрачения сознания. Такая форма возникает обычно остро. Больной не воспринимает окружающее, и оно не отражается на его поведении. Больной может совершать относительно сложные целенаправленные действия, но чаще это бывают отдельные автоматизированные движения. Речь или отсутствует,

или носит бессвязный характер. Вступить в разговор с больным невозможно. Расстройства исчезают постепенно. Воспоминания о данном болезненном эпизоде полностью отсутствуют. Простая форма сумеречного состояния длится от нескольких часов до нескольких дней. Эта форма чаще возникает тогда, когда эпилепсия протекает с преобладанием больших судорожных припадков.

Сумеречное помрачение сознания может сопровождаться бредом, галлюцинациями, измененным аффектом. Чаще начинается постепенно. Содержание галлюцинаторно-бредовых расстройств отражается на восприятии больными окружающего, их высказываниях и поступках. Речевой контакт с больными в той или иной степени сохранен. Преобладают бредовые идеи преследования, личной и всеобщей гибели, эротически-религиозный или экспансивный бред (величия, реформаторства, мессианства). Из галлюцинаторных расстройств чаще встречаются зрительные и обонятельные, реже слуховые. Зрительные галлюцинации чувственно ярки, нередко окрашены в красный, розовый, желтый и иные цвета; обычно это война, катастрофы, убийства, пытки, религиозно-мистические и эротические видения. Больные видят теснящуюся их толпу, наезжающий на них транспорт, обрушивающиеся здания, перемещающиеся массы воды. Из обонятельных галлюцинаций типичны запах жженого пера, дыма, гнили, мочи. Устрашающий характер бреда и галлюцинаций сочетается с аффектом страха, ужаса, злобы, исступленной ярости; значительно реже встречаются состояния экстаза. Двигательные расстройства в форме возбуждения могут быть целостными и последовательными, сопровождаться действиями, требующими большой ловкости и физической силы. Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами длится от нескольких дней до недели и более. Нередко при нем отмечается альтернирующее течение — возникают кратковременные прояснения сознания. Симптомы психоза могут внезапно исчезнуть. Наряду с полной амнезией больные могут вначале помнить, а затем забыть о бывших у них расстройствах (ретардированная амнезия). Степень нарушения сознания при сумеречных состояниях может быть очень различной — от глубокого помрачения до нерезкого сужения и легкой оглушенности.

Особенно трудны для распознавания случаи так называемого ориентированного сумеречного сознания, характеризующиеся небольшой глубиной помрачения сознания, сохранностью у больных способности к самой элементарной ориентировке в окружающем, узнаванию близких людей, отсутствием или появлением на короткое время психотических симптомов (бред, галлюцинации, аффект страха, злоба). Больные в подобных состояниях внешне

производят впечатление не совсем проснувшихся людей — у них нетвердая, шаткая походка, замедленная речь.

Иногда в содержании высказываний при сумеречных состояниях находят отражение прошлые психогенные воздействия, скрытые желания больного, прежние неприязненные отношения с окружающими, что может влиять на его поступки. Например, больной включает «обидчика» в галлюцинаторно-бредовые представления и начинает его преследовать. Внешне это может производить впечатление осмысленного, целенаправленного поведения.

Если в картине сумеречного помрачения сознания преобладают сценоподобные зрительные галлюцинации, связанные по содержанию и последовательно сменяющие друг друга, то говорят о делириозной спутанности или эпилептическом делирии; если же галлюцинаторно-бредовые расстройства имеют фантастическое содержание, а полная амнезия отсутствует, то случаи относят к эпилептическому онейроиду. Нередко после него остается резидуальный бред, транзиторный или затяжной.

Во время сумеречного помрачения сознания, при эпилептическом онейроиде, а также при тяжелых дисфориях может возникать неполная или полная обездвиженность — эпилептический субступор и ступор. Последний никогда не достигает глубоких степеней, например заторможенности с оцепенением. Ступорозные состояния длятся часы, дни, изредка недели.

Галлюцинаторно-бредовые формы сумеречного помрачения сознания, делириозная спутанность и онейроид обычно возникают при эпилепсии с преобладанием полиморфных пароксизмов. Особенности бреда, галлюцинаций и аффекта, возникающих при этих формах, часто являются причиной очень опасного для окружающих поведения больных. Нападая на мнимых врагов или защищая свою жизнь, больные крушат, калечат и убивают все и всех на своем пути. К сумеречным состояниям без бреда и галлюцинаций относятся амбулаторный автоматизм и сомнамбулизм.

Амбулаторный автоматизм (фуга, транс) — непроизвольное блуждание в состоянии измененного сознания. При нем окружающее воспринимается неотчетливо и смутно, но на внешние раздражения больные реагируют привычными автоматизированными действиями. Больные производят впечатление неловких, погруженных в свои мысли людей. Продолжительность нарушенного сознания — от нескольких минут до нескольких дней и недель; в последних случаях больные проделывают иногда длительные путешествия, например могут уехать из одного города в другой. Состояние заканчивается обычно глубоким сном. Воспоминания о происшедшем отсутствуют.

Сомнамбулизм (лунатизм, снохождение) наблюдается не только при эпилепсии, но и при других заболеваниях, в первую очередь при неврозах, особенно у детей и подростков. Встав с постели во время ночного сна, больные бесцельно бродят по комнате, выходят на улицу, иногда совершают опасные для своей жизни поступки, например забираются на крыши, пожарные лестницы и т. п. На задаваемые вопросы не отвечают, не узнают близких, внешне выглядят несколько растерянными. Обычно они сами через несколько минут ложатся и засыпают, иногда в самом неподходящем месте. Воспоминаний об эпизоде не сохраняется.

Особые состояния (М. О. Гуревич, 1936, 1946) — пароксизмально возникающее частичное нарушение сознания. В этих случаях расстраиваются аллопсихическая ориентировка, правильное восприятие времени, пространства, окружающего; возникают симптомы «уже виденного», «никогда не виденного», расстройства схемы тела, оптико-вестибулярные нарушения. Это сопровождается аффективными расстройствами в форме тревоги, страха, растерянности и невозможностью отдать себе отчет в происходящем, однако самосознание сохранено. Воспоминания о происшедшем также сохранены, к перенесенному имеется критическое отношение.

Эпилептические психозы бывают острыми, затяжными и хроническими, протекают без помрачения сознания. Наибольшее значение в судебной психиатрии имеют бредовые формы. Острый эпилептический параноид может развиваться на фоне дисфории или вслед за состояниями помрачения сознания без полной амнезии (особые состояния, эпилептический онейроид). Состояния с тревожно-депрессивным аффектом, малосистематизированным бредом преследования, отравления и ипохондрическим бредом встречаются чаще параноидов с экспансивным бредом.

Затяжные и хронические бредовые эпилептические психозы часто различаются лишь длительностью. Механизм их возникновения, так же как и симптоматология, сходен. Они могут развиться по типу резидуального состояния или на фоне рецидивирующих острых параноидов; реже возникают как бы первично. Встречаются паранойяльные, параноидные и парафренные картины. В одних случаях клинические проявления психоза стационарны, в других—склонны к постепенному усложнению. В последнем случае заболевание обычно протекает хронически. Паранойяльные состояния часто сопровождаются идеями материального ущерба, колдовства, обыденных отношений. При параноидных синдромах бред воздействия нередко сопровождается алгиями и необычно чувственными патологическими ощущениями. Для парафренных состояний характерен религиозно-мистический

бред. Острые параноиды продолжаются дни и недели, затяжные и хронические — месяцы и годы.

Эквиваленты и особенно эпилептические психозы чаще появляются на отдаленных этапах заболевания, на фоне урежения и даже полного исчезновения пароксизмально-судорожных расстройств. В тех редких случаях, когда проявления эпилепсии исчерпываются лишь эквивалентами или психозами, говорят о скрытой, маскированной или психической эпилепсии.

Помимо пароксизмально-судорожных расстройств, эквивалентов и психозов, протекающих без помрачения сознания, эпилепсии свойственны изменения личности. Характерны нарушения аффективной сферы. Возникший аффект долго преобладает, в связи с чем новые впечатления не могут его вытеснить — так называемая вязкость аффекта. Это касается не только отрицательно окрашенных аффектов, например раздражения, но и аффектов противоположных — чувства симпатии, радости. Мыслительным процессам свойственна медлительность и тугоподвижность — грузность мышления (П. Б. Ганнушкин). Речь больных обстоятельна, многословна, полна несущественных деталей при одновременном неумении выделить главное. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словесный состав беден (олигофазия), часто повторяется уже сказанное (персеверации). Характерно употребление шаблонных оборотов, уменьшительных слов, определений, содержащих аффективную оценку, — «хороший, прекрасный, отвратительный», религиозных слов и выражений, так называемая божественная номенклатура (Samt, 1879). Собственное «Я» всегда стоит в центре внимания больного. В высказываниях на первом плане стоит он сам, его болезнь, его повседневные дела, а также близкие, о которых больной говорит с почтением и упором на их положительные свойства. Больные эпилепсией — большие педанты, особенно в повседневных мелочах, «сторонники правды и справедливости». Они склонны к банальным назидательным поучениям, любят опекать, чем очень тяготятся родные и близкие. Несмотря на то что больные эпилепсией считают свою болезнь серьезной и охотно лечатся, вера в выздоровление их не покидает даже на отдаленных этапах болезни (эпилептический оптимизм).

У одних больных эти изменения сочетаются с повышенной раздражительностью, придирчивостью, склонностью к ссорам, вспышкам злобы, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями по отношению к окружающим. У других, напротив, преобладает робость, боязливость, склонность к самоуничижению, утрированная любезность, льстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении.

Эти полярные свойства характера могут сосуществовать. Часто невозможно предугадать, как поведет себя больной, так как «перемежаемость психических явлений в сфере чувствований и права составляет выдающуюся черту в характере эпилептиков» (Falret, Jr., 1860). Если указанные характерологические изменения парциальны и слабо выражены, профессиональная и жизненная адаптация сохранена, говорят об эпилептическом характере. Резкие характерологические сдвиги, сопровождаемые отчетливыми изменениями памяти прежде всего на факты, не имеющие к больному отношения, позволяют диагностировать эпилептическое концентрическое (И. В. Случевский, 1957) слабоумие. У больных эпилепсией наблюдаются и некоторые неспецифические сомато-неврологические симптомы: диспластичность телосложения, замедленность, неловкость, неуклюжесть моторики, дефекты произношения. После припадков выявляются патологические рефлексы, возможны параличи и парезы конечностей, расстройство речи (афазия).

Течение эпилепсии, как правило, хроническое. Начало припадков чаще относится к детскому и подростковому возрасту, реже болезнь дебютирует после 40 лет (так называемая поздняя эпилепсия). Появление первого в жизни припадка иногда совпадает с воздействием дополнительных факторов (травма головы, инфекция, психогения и др.).

У отдельных больных проявления болезни различны, но каждому больному свойственно относительное постоянство эпилептических нарушений. Может возникать лишь один тип пароксизмов, например только большие или только малые припадки, однако нередко выявляется и полиморфная структура эпилептических пароксизмов. Иногда болезнь ограничивается только психическими эквивалентами или психозами, без помрачения сознания (так называемая скрытая или маскированная эпилепсия). Возможна также трансформация одних болезненных проявлений в другие: больших судорожных припадков — в абортивные, малые и наоборот, эквивалентов — в психозы без помрачения сознания.

Болезненный процесс останавливается примерно в 5—10% случаев. Обычно же возникшие припадки или иные расстройства не прекращаются, хотя могут появляться с длительными перерывами (до 10 лет и более). Возможно временное утяжеление болезненных симптомов (состояние декомпенсации), спонтанное или в связи с воздействием экзогенных факторов (алкогольная интоксикация, инфекция, психическая травма и др.). Больным эпилепсией категорически противопоказано употребление спиртных напитков.

Темп нарастания личностных изменений и мнестических расстройств зависит от ряда причин — возраста к началу болезни, ее продолжительности, частоты и характера пароксизмальных и других продуктивных расстройств, терапевтических воздействий. Возникновение эпилепсии в раннем детском возрасте вызывает задержку умственного развития, близкую по структуре к олигофрении.

Дифференциальный диагноз. Типичные большие припадки и характерные эпилептические изменения психики всегда облегчают диагностику эпилепсии. Отграничение эпилептических пароксизмов от феноменологически сходных с ними эпилептиформных проявлений при симптоматической эпилепсии — обмороков, вестибулярных кризов и ряда других состояний нередко бывает весьма трудным. Например, ограниченные судорожные припадки (так называемые джексоновские припадки) указывают на симптоматическую эпилепсию. В таких случаях необходимо тщательное изучение данных всего комплекса клинического, сомато-неврологического и лабораторного обследования, а также динамики заболевания, с выявлением характерных для различных мозговых поражений изменений личности.

В судебно-психиатрической экспертной практике важно разграничивать эпилептические и истерические припадки и сумеречные нарушения сознания. Истерические расстройства развиваются чаще в ответ на эмоциогенные воздействия, не сопровождаются глубоким нарушением сознания, обычно отражают понятные желания или опасения больного, обусловленные реальной ситуацией. Во время истерических припадков, как правило, не бывает тяжелых ушибов, прикусов языка, характерного для эпилепсии сине-багрового цвета лица (народное название эпилепсии — «черная немочь»), зрачковые реакции на свет и глубокие рефлексы сохраняются. Судороги не имеют закономерной смены фаз, а бывают хаотическими, вычурными. Позы больных выразительны, припадок нередко сопровождается криками, рыданиями. Часто во время припадка больные реагируют на внешнюю обстановку, реплики присутствующих. Все поведение больных при истерических состояниях имеет оттенок театральности, нарочитости. Истерические припадки могут продолжаться несколько часов. Эпилепсия и истерия сопровождаются разными изменениями личности.

Однако необходимо учитывать, особенно в условиях судебно-следственной ситуации, возможность сочетания эпилептических, истерических нарушений и явно симулятивных тенденций. Эксперт должен определить удельный вес каждого из этих проявлений.

Психические эквиваленты припадков и особенно затяжные эпилептические психозы с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами сходны с шизофреническими симптомами. При эпилепсии они отличаются преобладанием ярких, чувственных зрительных галлюцинаций (при шизофрении доминируют слуховые обманы), отсутствием изменений личности по шизофреническому типу (аутизм, эмоциональная парадоксальность и др.) и наличием эпилептической деградации.

Эпилептические аффективные приступы отличаются от фаз маниакально-депрессивного психоза внезапностью возникновения и окончания, стойкостью, напряженностью и монотонностью аффекта. При дисфориях тоска сочетается с злобно-раздражительным оттенком настроения, аффектом тревоги, страха. Эпилептические эйфории, в отличие от маниакальных состояний, не сопровождаются радостным настроением, повышенной отвлекаемостью внимания, «скачкой» идей; мышление остается торпидным, трудно переключаемым. Состояние экстаза обычно обращено на себя («умиление», «озарение» больных), а для маниакальных больных источником приятных переживаний служит внешний мир.

Важными дифференциально-диагностическими признаками эпилептического припадка являются отсутствие чувствительности, реакции зрачков на свет, наличие патологических рефлексов. Дополнительную помощь во всех случаях дифференциальной диагностики оказывает выявление на ЭЭГ характерных для эпилепсии нарушений биотоков головного мозга в виде острых пикообразных волн и др. Рекомендуется применять методы стимуляции для выявления патологической активности мозга.

Лечение. Медикаментозное лечение эпилепсии, в первую очередь припадочных состояний и эквивалентов, проводится длительно, в течение нескольких, нередко многих лет. Оптимальные дозы отдельных лекарственных средств или их сочетания подбирают индивидуально начиная с небольших. Увеличивают и особенно уменьшают дозы всегда постепенно — быстрое снижение может повлечь за собой резкое ухудшение состояния, в частности учащение припадков, вплоть до развития эпилептического статуса. Лечение больных с большими судорожными припадками проводится с помощью люминала, в ряде случаев в сочетании с другими препаратами в форме так называемой смеси Серейского различного состава, дифенина, гексамидина, финлепсина. Для лечения малых припадков и психических эквивалентов используют триметин, бензонал.

При сочетании больших судорожных припадков с сумеречными помрачениями сознания и амбулаторными автоматизмами

применяют хлоракон. Дисфории хорошо поддаются лечению неулептилом. Больных с острыми, затяжными и хроническими эпилептическими психозами с шизофреноподобными симптомами лечат психотропными средствами (аминазин, трифтазин, неулептил, этаперазин). При длительном лечении неулептилом могут заметно сгладиться такие черты эпилептического изменения личности, как злобность, возбудимость, недоверчивость, агрессивность.

Судебно-пихиатрическая оценка. Судебно-психиатрическое значение эпилепсии определяется значительной распространенностью этого заболевания среди населения (1—5 на 1000 населения) и главное — особой тяжестью правонарушений (преимущественно против личности), совершаемых больными в различных патологических состояниях, а также трудностью клинической и экспертной оценки ряда эпилептических расстройств.

Установление диагноза эпилепсии в отличие, например, от шизофрении еще не предопределяет экспертного решения. Более того, один и тот же больной может быть признан вменяемым в отношении преступления, совершенного в межприступном периоде, и экскульпирован в отношении деяния, совершенного во время пароксизма, что подтверждается практикой Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского. За последние 10 лет среди всех обследованных с диагнозом эпилепсии только $^{2}/_{3}$ были признаны невменяемыми.

Наиболее важным и трудным в судебно-психиатрической практике является распознавание скоропреходящих эпилептических расстройств, нередко обусловливающих общественно опасные действия больных (главным образом против личности). Трудность определяется прежде всего необходимостью ретроспективного воспроизведения клинической картины состояния в момент противоправных действий. Основную роль при этом играют показания свидетелей. Важны также первоначальные показания обвиняемого, данные им вскоре после содеянного. Для экспертов первостепенное значение имеют тщательно и квалифицированно собранные материалы дела, содержащие характеристику поведения больного, его внешнего вида, речевой продукции незадолго, в момент и вскоре после правонарушения.

Криминальные действия, совершенные в сумеречных состояниях, имеют ряд особенностей («почерк»): внезапность, безмотивность, отсутствие умысла, мер предосторожности и стремления к сокрытию следов преступления, часто невероятную и бессмысленную жестокость, нанесение жертве множественных тяжелейших ранений, бесцельное изуродование и расчленение трупа и т. п. Подобный характер преступления сам по себе вызы-

вает предположение о сумеречном помрачении сознания. Дополнительные данные о возникновении припадка на отрезке времени, близком к правонарушению, резком изменении состояния, «странном» внешнем виде больного (рассеянный взгляд, замедленность движений или немотивированное возбуждение), глубоком сне после правонарушения, когда больной иногда засыпает рядом с жертвой, наличие подобных состояний в прошлом делают диагноз сумеречного помрачения сознания достаточно убедительным.

Вместе с тем необходимо помнить о различных вариантах сумеречных состояний, в том числе с небольшой глубиной изменения сознания, с сохранной способностью больных к грубой ориентировке и поверхностному контакту с окружающими, а также возможности психогенной окраски болезненных (галлюцинаторно-бредовые) переживаний. Иногда больные в сумеречном состоянии проявляют агрессию против лиц, с которыми ранее были в конфликте. При мерцающем — альтернирующем изменении сознания с периодами некоторого просветления одни свидетели могут отмечать неправильности в поведении больного, а другие — нет.

В таких случаях требуется особо тщательное изучение всех обстоятельств дела, чтобы не вынести ошибочного заключения о вменяемости. Отдельные поверхностные признаки могут создать ложное впечатление о достаточной ориентированности обследуемого, целенаправленности его действий и понимании ситуации.

Амнезия при судебно-психиатрической экспертизе является только дополнительным критерием, учитываемым в сопоставлении с другими данными, так как ссылку на запамятование своих действий обследуемые часто используют в защитных целях. Однако необходимо иметь в виду возможность ретардированной (запаздывающая) амнезии. В этих случаях на первых допросах обследуемый сообщает о бывших у него болезненных расстройствах, а в последующем не помнит не только о них, но иногда и о самих допросах. Возможно также последующее припоминание болезненных расстройств в отличие от ближайшего периода после содеянного, когда отмечалась его полная амнезия; это связано с медленным улучшением состояния больного, в частности с постепенным полным прояснением сознания. Данное обстоятельство не свидетельствует против болезненного состояния в момент правонарушения. В отношении деяний, совершенных в сумеречном помрачении сознания, больные невменяемы.

Обследуемый Ш., 35 лет, разнорабочий, обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене. С 11 лет Ш. страда-

ет большими судорожными припадками, возникавшими ежемесячно, иногда по нескольку раз в день. За 4 и 3 года до совершения правонарушения Ш. помещали в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением после припадков: бесцельно бегал, пытался совершить половой акт с коровой, говорил, что пища отравлена, что правление колхоза собралось, чтобы его отравить, залезал на крышу, кричал: «Спасайте!». Указанные состояния врачи расценивали как сумеречные. Последние 2 года Ш. злоупотреблял алкоголем; стал более раздражительным, возбудимым. В состоянии опьянения бывал особенно придирчивым и назойливым, в связи с чем родственники его часто связывали. В последующем о своем поведении не помнил.

В день правонарушения, около 9 ч утра, выпил 200 г вина, работал по хозяйству. В 14 ч за обедом выпил еще 100 г вина, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придираться к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 ч Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанес ей 2 удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом: «вид у него был страшный».

На обращение к нему и попытку успокоить Ш. не реагировал. Соседу удалось отобрать у него нож. Тогда Ш. побежал домой, схватил в летней кухне другой нож и быстрыми шагами направился в соседний дом. Здесь спросил, где его жена, и опять выбежал на улицу. Там подбежал к лежавшей на земле раненой теще, и, несмотря на ее мольбы не убивать ее, нанес еще несколько ударов ножом. Оказавшегося рядом тестя также ударил несколько раз ножом в грудь и живот, а когда тот упал, перевернул его вверх лицом и перерезал ему шею. Затем сидя верхом на трупе, продолжал наносить ему удары. Ш. едва оторвали от убитого и отобрали нож. Ш. вернулся к себе во двор, лег вниз лицом на кучу мусора и уснул. После приезда участкового инспектора Ш. через 50 мин растолкали и назвали по имени. Он вскочил и бросился на инспектора. Взгляд у Ш. был блуждающий, его связали. По пути в отделение милиции Ш. молчал. В отделении милиции «как-то дико и удивленно смотрел», не понимал, где он находится. На расспросы отвечал: «Я ничего не знаю». О случившемся не помнил.

Развитие у Ш. возбуждения через некоторое время после приема алкоголя и в связи с внешним поводом (неприятное замечание), участие психогенных моментов (направленность агрессии в основном против «обидчиков» на втором этапе возбуждения — после сна) затрудняют квалификацию его психического состояния. Однако указанные моменты не противоречат картине спровоцированного приемом алкоголя сумеречного помрачения сознания с нарушением ориентировки и осмысления обстановки, автоматизированными действиями с бессмысленно-жестокой агрессией. Последующий глубокий сон, сменившийся оглушенностью, амнезия содеянного также подтверждают сумеречное помрачение сознания у Ш.

Заключение: Ш. страдает эпилепсией. Противоправные действия были совершены в состоянии сумеречного помрачения сознания; невменяем.

Правонарушения, совершаемые в состоянии дисфории, менее часты. Для распознавания дисфорий важны объективные сведения о безмотивном, внезапном изменении настроения и наличие

подобных состояний ранее. Иногда сами больные создают трудности в квалификации бывшего у них болезненного изменения, так как стремятся объяснить возникновение «плохого» настроения каким-либо внешним поводом. Судебно-психиатрическая оценка зависит от глубины дисфории. Включение бредовых переживаний, нарушение сознания на высоте дисфории ведут к экскульпации.

Общественно опасные действия, хотя и значительно реже, возможны во время малых припадков, а также других кратковременных эпилептических расстройств (абсанс, амбулаторные автоматизмы и т. п.). В судебно-психиатрической практике это обычно транспортные аварии (наезды), поджоги, акты эксгибиоизма (обнажение половых органов в присутствии других лиц или в общественных местах) и др. В этих случаях больных признают невменяемыми.

Обследуемый И., 30 лет, шофер такси, обвиняется в совершении наезда на двух пешеходов.

За 2 года до этого во время ночного сна эпизодически начали возникать большие судорожные припадки, по поводу которых не лечился. В ночь перед правонарушением был развернутый припадок, сопровождавшийся прикусом языка. Утром И. приступил к работе. Через 15 мин после выезда на знакомую трассу, в условиях неосложненной дорожной обстановки, без помех на дороге, заехал на середину улицы и, следуя по осевой линии с неизменной скоростью 50—60 км в час, не применяя торможения, сбил гражданку, которую, по показаниям свидетелей, легко можно было объехать. Проехав также прямолинейно еще 400 м и продолжая движение при красном свете светофора, И. совершил на пешеходном переходе наезд на вторую женщину, после чего продолжал двигаться с прежней скоростью вблизи осевой линии. И. чуть не столкнулся на перекрестке с троллейбусом, водитель которого был вынужден резко затормозить.

Вскоре И. остановил машину по знаку инспектора ГАИ. Выйдя из машины, он, по показаниям свидетелей, был каким-то странным и растерянным, не мог объяснить причину повреждений на своей машине, был бледен. Спустя 2 ч при медицинском освидетельствовании у И. на языке обнаружены следы недавнего прикуса. И. был заторможен, вял, монотонен, жаловался на головную боль, говорил тихо, замедленно, без модуляций. Проба на алкоголь отрицательная. При осмотре врачом и на последующих повторных допросах в тот же день не помнил о содеянном.

При обследовании не помнил не только о совершенных наездах, но и о последующих событиях в день правонарушения: осмотре врачом, повторном допросе следователем. О состоянии измененного сознания в моменты наездов свидетельствовала и оглушенность, наблюдавшаяся в течение нескольких часов после правонарушения. Это подтверждается фрагментарностью воспоминаний о событиях, последовавших за правонарушением.

Заключение: И. страдает эпилепсией. Как совершивший противоправные действия в состоянии амбулаторного автоматизма, сопровождавшегося нарушением сознания (отсутствие реакции на дорожную обстановку) при сохранности автоматизированных действий (удерживал руль в одном положении), И. невменяем.

Лица с острыми, затяжными и хроническими эпилептическими психозами подлежат экскульпации. Однако нередко возникают определенные трудности в распознавании этих состояний. Особенно это касается случаев резидуального бреда, который к моменту экспертизы может поблекнуть и потерять свою актуальность. Решающее значение, как и при сумеречных состояниях, будут иметь материалы дела. Для судебно-психиатрической оценки бывают трудными и случаи паранойяльных психозов (например, сутяжные).

Если правонарушение совершено в межприступном периоде, вменяемость зависит от степени возникших изменений личности. При выраженной эпилептической деградации, слабоумии больных признают невменяемыми. Так же решают вопрос о дееспособности и способности давать свидетельские показания.

Часто определение глубины эпилептических изменений психики вызывает значительные трудности. Решающее значение тогда имеют интеллектуальные расстройства и нарушение критических способностей.

Обследуемый Б., 38 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий. С юных лет у Б. по нескольку раз в год наблюдались состояния измененного сознания: во время беседы иногда «начинал произносить не те слова», несколько раз оказывался в неожиданном для себя месте. Большие судорожные припадки появились за 6 лет до правонарушения в возрасте 32 лет, возникали обычно по ночам, один раз в несколько месяцев. Лечился амбулаторно противосудорожными средствами. Из-за болезни не женился, проживал вдвоем с матерью. Работал преподавателем математики в вечерней школе. За последние 6 лет сменил несколько мест работы, так как всюду замечал недружелюбное, по его мнению, отношение к себе.

По показаниям свидетелей, отличался замкнутостью, редко разговаривал с сослуживцами, праздничных вечеров не посещал, постоянно чего-то боялся. В класс Б. входил нерешительно; если получал зарплату в вечернее время, оставлял ее у завхоза. Несколько раз на работе вел себя странно: начинал невнятно бормотать, без причины смеялся, пританцовывал, размахивал руками, взгляд был блуждающим.

Последний раз подобное состояние наблюдалось за 3 дня до правонарушения. В день правонарушения после незначительного дисциплинарного проступка ученика внезапно сильно разволновался, начал кричать, браниться, обвинять учеников и администрацию в предвзятом к себе отношении, допустил бестактные, оскорбительные высказывания. Дома рассказал матери, что на работе против него «опять организовали козни», хотят избавиться, специально придираются; восстанавливают против него учеников. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу. Стационарной экспертной комиссией был признан вменяемым. Диагноз: эпилепсия с редкими судорожными припадками, эпизодами нарушенного сознания и нерезко выраженными изменениями личности.

При обследовании на повторной экспертизе угрюм, держится в стороне от больных. Рассказал врачам, что после того, как в течение 6 лет не мог добиться желаемой работы, пришел к выводу о царящей вокруг несправедливости, писал много жалоб в различные административные инстанции.

На последнем месте работы постоянно ожидал каверз, избегал праздничных вечеров, «чтобы не могли обвинить в пьянстве», опасался за свою жизнь, считал, что его могут убить. Убежден, что его нарочно притесняли, умышленно создавали неблагоприятные условия для работы, чтобы он не справился со своими обязанностями и его могли бы уволить. Думает, что сослуживцы вели против него «подрывную деятельность с учениками», так как однажды ученик предложил ему решить задачу про гвозди. Расценивает это как доказательство осведомленности учеников в том, что ему в коллективе «вставляли гвозди». Считает, что следствие ведется неправильно, свидетели на него «наговаривают», так как у директора много знакомств.

Мышление у обследуемого несколько обстоятельное, речь замедлена, память нерезко снижена. Интересы сосредоточены на состоянии своего здоровья и узком круге личных потребностей. Эмоционально неустойчив, раздражителен, злопамятен. О матери отзывается холодно, привязанности ни к кому не испытывает. Критические способности снижены.

В данном случае переплелись трудные для разграничения эпилептические изменения личности (эгоцентризм, эмоциональная ригидность, недоверчивость, настороженность, злопамятность) с паранойяльными бредовыми идеями отношения, преследования, сутяжничества, болезненно искаженной интерпретацией реальных фактов, имеющими склонность к генерализации. Сочетание указанных расстройств, сопровождаемых отсутствием к ним критики, обусловили, несмотря на незначительность интеллектуально мнестических нарушений, оценку изменений психики у Б. как выраженных.

Заключение: Б. страдает эпилепсией с выраженными изменениями личности и паранойяльным бредом; невменяем.

Степень истинного дефекта психики нередко маскируется психогенными декомпенсациями, проявляющимися либо усилением эпилептической симптоматики (учащение и усложнение припадков, усугубление психических изменений), либо возникновением смешанных психогенно-органических состояний (сочетание истерической и органической симптоматики). В связи с временным усилением эпилептических проявлений деградация личности может казаться более глубокой, чем на самом деле. Возможно развитие и настоящих реактивных психозов. Симулятивное поведение тоже может мешать определению действительных изменений психики больного.

Во всех этих случаях необходимо длительное наблюдение и дифференцированное лечение (с применением антисудорожных и нейролептических средств) обязательно в условиях стационара. Только после сглаживания признаков декомпенсации или симптомов реактивного состояния можно установить истинный психический дефект больного. При этом необходимо учитывать данные материалов дела, медицинскую документацию о социально-трудовой адаптации больного, его способности ориентироваться в сложных ситуациях и защищать свои интересы.

Прогрессирующее течение, резистентность к терапии служат дополнительным критерием для экскульпации больного или для

применения ч. 2 ст. 11 УК РСФСР в отношении обвиняемого и ст. 362 УПК РСФСР в отношении заключенного.

Больных, признанных невменяемыми, направляют в зависимости от их психического состояния на принудительное лечение. В специальных больницах лечат больных с частыми сумеречными состояниями и тяжелыми дисфориями с агрессивными тенденциями, а также больных с выраженной эпилептической деградацией личности в сочетании со значительными аффективными нарушениями.

Больных можно направлять на лечение и на общих основаниях, например при совершении нетяжелого правонарушения в кратковременном пароксизме, при редких припадках и незначительных личностных изменениях.

Больные без выраженных изменений психики признаются вменяемыми в отношении правонарушений, совершенных ими вне пароксизмов. Для предупреждения дальнейшего развития заболевания и профилактики повторных правонарушений таким больным в случае их осуждения рекомендуется амбулаторное противоэпилептическое лечение в исправительно-трудовых учреждениях.

В заключении экспертизы необходимо отметить, что больной, страдающий припадками, не допускается к работе у огня, на высоте, около движущихся механизмов.

Литература

Введенский И. Н. Эпилепсия с судебно-психиатрической точки зрения.— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. В. 3. М., Юридическое издательство НКЮ СССР, 1941, с. 3—34.

Введенский И. Н. Эпилепсия.— В кн.: Судебная психиатрия. Руководство для врачей. М., Медгиз, 1950, с. 135—151.

Гордова Т. Н. Состояния нарушения сознания с кататимным содержанием у эпилептиков.—«Невропатол. и психиатр.», 1938, т. 7, в. 11, с. 82—91.

Гуревич М. О. О психосенсорной форме эпилепсии и об особых состояниях эпилепсии.— В кн.: Проблема эпилепсии. Т. 4. М., 1936, с. 5—9.

Докучаева О. Н. О соотношении психогенного и органического в клинике травматической эпилепсии.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. 20. М., 1971, с. 266—277.

Кербиков О. В. К клинике эпилептических психозов.— В сб.: 50 лет психиатрической клинике им. С. С. Корсакова I Московского медицинского института. М., 1940, с. 171—178.

Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Сборник статей, докладов и речей. Изд. с приложением. М., Медгиз, 1951, 484 с.

Разумовская Э. Н. Исключительные состояния.— В кн.: Судебная психиатрия. Изд. 2-е. М., Юридическое издательство Мин. юстиции СССР, 1947 с. 178—187.

Семенов С. Ф. О некоторых атипичных вариантах сумеречных расстройств сознания при эпилепсии и их возможном патогенезе.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. 16. М., 1965, с. 239—254.
Сербский В. И. Судебная психопатология. Вып. 2. Клиническая психиатрия. М., Изд. М. и С. Собашниковых, 1900, 481 с.
Тальце М. Ф. Клинические варианты эпилептического слабоумия. (На судебно-психиатрическом материале.) Проблемы судебной психиатрии. Сб. 7. М., Госюриздат, 1957, с. 207—221.
Фрейеров О. Е. Вопросы судебно-психиатрической экспертизы при эпилепсии.—В кн.: Проблема эпилепсии. М., 1959, с. 231—242.
Шорш Г. Эпилепсия. Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. М., «Медицина», 1967, с. 401—608.
Юделевич П. Л. К вопросу об эпилептических расстройствах сознания без амнезии. Проблемы судебной психиатрии. В. 3. М., Юридическое издательство НКЮ СССР, 1941, с. 35—63.
Qruhle H. W. Epileptischen Reactionen und epileptischen Krankheiten. Handbuch der Geisteskrankheiten herausgegeben von O. Bumke, 1930, Bd. VIII, Teil 1 v., s. 666—713.

Глава 17

Маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения) проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья. Заболевание чаще развивается у женщин, чем у мужчин.

Несмотря на длительные исследования, этиология и патогенез этого психоза остаются недостаточно ясными. Рассматривая маниакально-депрессивный психоз как заболевание всего организма, В. П. Протопопов (1957) связал происхождение основной симптоматики, обнаруживаемой у больных, с патологией таламо-гипоталамической области, с расстройствами регуляции центральных вегетативных механизмов. И. П. Павлов (1934) в патогенезе маниакально-депрессивного психоза придавал большое значение нарушениям циркулярности нервной деятельности.

Маниакальная фаза

Маниакальная фаза проявляется 3 основными клиническими признаками: повышенным, радостным настроением, ускорением интеллектуальных процессов, речевым и двигательным возбуждением. Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние

больного в течение всей маниакальной фазы. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается надолго на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считаются с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми. Они переходят от одного занятия к другому, обычно не заканчивая ни одного. Повышенное настроение и снижение критики сопровождается переоценкой собственной личности. Идеи величия обычно сводятся к напоминающим хвастовство несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т. п. Возможны зрительные иллюзии по типу парейдолий. Может возникать повышение памяти на прошлое (гипермнезия), сопровождающееся нарушением запоминания. В таком состоянии больные дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникших многочисленных желаний. Больные, испытывая повышенное чувство собственного достоинства, могут отвечать вспышками гнева и ярости на незначительные замечания окружающих. Маниакальное состояние сопровождается расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное). Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в половой распущенности. Сексуальная расторможенность больных усиливается после приема алкоголя. По степени выраженности маниакального синдрома различают легкое (гипоманиакальное) состояние, описанное выше выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство). При маниакальном неистовстве может развиться состояние спутанности, сопровождающееся агрессивными разрушительными действиями, направленными на все окружающее.

Обследуемый Е., 1936 г. рождения, слесарь, обвиняется в хулиганских действиях.

По характеру веселый, добрый, но вспыльчивый, склонный к немотивированным колебаниям настроения. В 1958 г. без внешнего повода в течение нескольких дней развилось тоскливое настроение. Стремился к уединению, считал, что до сих пор он плохо справлялся с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением. Был хвастлив, часто громко смеялся. Раздавал свои вещи, делал ненужные покупки, построил гараж, не имея автомашины. В этот период часто посещал рестораны. Психиатрами тогда не наблюдался. Постепенно психическое состояние нормализовалось. В 1961 г. появилась подавленность, заторможенность. Не было желания работать, общаться с окружающими, избегал родных и друзей. Помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 месяца и был выписан с диагнозом: маниакально-депрессивный психоз, депрессивная фаза. Продолжал работать. Спустя 3 года завербовался на работу в Магаданскую область. Вскоре после

приезда туда, бросив свои вещи, уехал на место постоянного жительства. Отмечались повышенное настроение, говорливость. В нетрезвом состоянии зашел к своей бабушке, поссорился с окружающими, был агрессивен. После задержания работниками милиции был возбужден, громко пел, не волновался по поводу сложившейся ситуации. При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского у Е. патологических отклонений со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено.

Е. ориентирован правильно, охотно вступает в беседу. Говорить начинает сразу, без дополнительных вопросов. Многословен, легко отвлекается, перескакивает с одной мысли на другую, размашисто жестикулирует. Больным себя не считает. Жалоб на здоровье не предъявляет. Называет себя человеком настроения. Говорит, что жизнь ему кажется прекрасной, почти постоянно хочется петь, танцевать, делать всем хорошее. В отделении подвижен, многоречив, вмешивается в разговоры и дела окружающих. При расспросах о правонарушении охотно рассказывает о случившемся, читает стихи, в которых в шутливой форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации некритичен.

Заключение: Е. страдает маниакально-депрессивным психозом, совершил правонарушение в болезненном состоянии — в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза; невменяем. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа.

Данное наблюдение относится к типичному случаю маниакально-депрессивного психоза со сменой депрессивных и маниакальных фаз и характерной для них симптоматикой. Есть основание полагать, что алкогольное опьянение усилило эмоциональные и волевые расстройства, свойственные маниакальному состоянию, и способствовало совершению Е. правонарушения.

Депрессивная фаза

Депрессивная (меланхолическая) фаза как бы противоположна своими клиническими проявлениями маниакальной фазе, характеризуется пониженным, тоскливым настроением, замедленностью интеллектуальных процессов и психомоторной заторможенностью. Тоска может стать «безысходной», сопровождаться субъективным ощущением безразличия к здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии. Для депрессивной фазы типичны бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более неожиданны, чем менее клинически выражено депрессивное состояние и чем более тщательно диссимулируются суицидальные мысли и намерения. Возможно так называемое расширенное самоубийство — убийство членов своей семьи и затем самоубийство. Больные совершают

подобные поступки, чтобы «избавить всех и себя от предстоящих еще больших мучений или позора», в неотвратимости которых они испытывают непоколебимую болезненную уверенность. Больные упорно и длительно отказываются от пищи, что заставляет прибегать к систематическому искусственному кормлению. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством (raptus melancholicus), которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения; больные пытаются выброситься из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя.

Нередко встречаются смешанные состояния. Они характеризуются определенным сочетанием у одного больного маниакальных и депрессивных черт и возникают чаще при переходе одной фазы в другую. В зависимости от сочетания компонентов различных фаз различают «заторможенную манию», «маниакальный ступор», «непродуктивную манию» и т. д.

Циклотимия

Циклотимия является легкой, смягченной формой маниакально-депрессивного психоза и встречается чаще, чем его выраженные формы. Симптомы клинически очерчены нерезко, что затрудняет своевременное распознавание заболевания. В гипоманиакальной фазе (гипоманиакальное состояние) больные вследствие несколько повышенного настроения, стремления к деятельности, речедвигательной оживленности мешают окружающим, бывают недисциплинированы, совершают прогулы, проявляют склонность к растратам, кутежам, половой распущенности. Окружающие нередко расценивают такое поведение больных лишь как проявление недисциплинированности.

В депрессивной фазе циклотимии (субдепрессивное состояние) больные испытывают некоторую подавленность, тоскливость, понижение работоспособности, заторможенность, что сопровождается понижением активности и продуктивности труда. Отмечается склонность к самообвинению, часто совершаются попытки самоубийства, для окружающих в большинстве случаев неожиданные, так как болезнь ранее никто не замечал.

Течение и прогноз. Периодичность фаз отличается чрезвычайным разнообразием, что затрудняет предсказание дальнейшего течения заболевания. Длительность приступов колеблется от нескольких (1—2) месяцев до года и более. Прогноз отдельного приступа благоприятен, приступ заканчивается выздоровлением без какого-либо психического дефекта.

Дифференциальный диагноз

Наиболее часто приходится отличать маниакально-депрессивный психоз от шизофрении, протекающей приступами, которые сопровождаются аффективными расстройствами — маниакальными и депрессивными, — а психический дефект, особенно после первых приступов, выражен слабо.

При маниакальной фазе в отличие от циркулярной шизофрении отмечаются большее влияние на содержание мышления реальных впечатлений, доступность и экстравертированность больного. Депрессивное состояние при маниакально-депрессивном психозе более интенсивно выражено в утренние часы, реже, чем при шизофрении, к депрессии присоединяется тревога. При шизофрении полиморфизм психопатологических расстройств больше, чем при маниакально-депрессивном психозе.

При отграничении депрессивной фазы циркулярного психоза от инволюционной меланхолии приходится прежде всего учитывать, что в картине пресенильной меланхолии преобладает тревога, а не тоска, для нее характерно отсутствие заторможенности, преобладающие бредовые идеи ущерба, обвинения могут быть нелепыми, что связано с явлениями интеллектуального снижения.

Депрессивные состояния вследствие церебрального атеросклероза отличаются от депрессивной фазы циркулярного психоза эмоциональной лабильностью, слезливостью, астенией, сопровождаются расстройствами памяти, снижением интеллекта.

Отграничение депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза от реактивной депрессии основывается прежде всего на том, что реактивный психоз возникает в связи с психической травмой, в его психопатологическую структуру нередко входят элементы других психогенных расстройств. У больных маниакально-депрессивным психозом в условиях следствия и пребывания на судебно-психиатрической экспертизе возможно развитие психогенной депрессии. В таких случаях сочетание симптомов двух заболеваний значительно затрудняет дифференциальный диагноз и вынести экспертное заключение нередко можно лишь после исчезновения психогенных расстройств.

При сопутствующих соматических жалобах астенического и ипохондрического происхождения циклотимическую депрессию необходимо дифференцировать от неврозов и некоторых форм психопатий в фазе декомпенсации. Принимают во внимание особенности развития заболевания, характер и смену отличающихся довольно типичной симптоматикой фаз, наличие светлых промежутков, неэффективность терапии, применяющейся при невро-

зах и психопатиях. Маниакальная фаза своей симптоматикой может напоминать прогрессивный паралич, особенно его экспансивную форму. Дифференциальной диагностике помогают отсутствие специфических для прогрессивного паралича данных анамнеза (заражение сифилисом и др.), неврологических симптомов органического поражения головного мозга, серологических изменений в крови и спинномозговой жидкости. Идеи величия маниакальных больных не бывают столь нелепыми, как бредовые идеи при прогрессивном параличе.

Лечение и профилактика. В лечении маниакально-депрессивного психоза в последние годы большое значение имеют психотропные препараты, выбор которых определяется фазой психоза. В маниакальном состоянии эффективен аминазин. При менее выраженном маниакальном возбуждении применяют другие производные фенотиазина: пропазин, тизерцин (нозинан). При депрессивных приступах с успехом назначают такие антидепрессанты, как имизин (тофранил, мелипрамин), амитриптилин и др., а также их комбинации. В обеих фазах показаны гидротерапия, применение витаминов, гипогликемические дозы инсулина. Эффективным средством лечения маниакального состояния и профилактики аффективных приступов являются соли лития.

Предупреждение нового приступа заболевания — чрезвычайно трудная задача, поскольку психиатры не располагают безотказно действующими средствами профилактики. Больным рекомендуют регулярный режим дня, работу без чрезмерного напряжения и волнений, воздержание от алкоголя.

Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическая оценка маниакально-депрессивного психоза отличается рядом особенностей и трудностей. Маниакальные состояния имеют большее судебно-психиатрическое значение. Характерные для маниакальной фазы психические нарушения способствуют совершению больными правонарушений. Больные в состоянии маниакального возбуждения могут быть агрессивными, наносить оскорбления, совершать разрушительные действия и убийства. В связи с повышенной сексуальной возбудимостью больные совершают развратные действия, изнасилования. В маниакальном состоянии возможно возникновение перверсий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции и акты), не свойственных больным ранее и исчезающих вместе с приступом болезни. При менее интенсивном маниакальном состоянии (циклотимии) больные чаще совершают растраты, заключают проти-

возаконные сделки, нарушают трудовую дисциплину. Общественную опасность больных повышают нередко присоединяющиеся к маниакальным состояниям алкогольные эксцессы. Маниакальные больные иногда попадают на экспертизу в качестве потерпевших (использование их болезненного состояния с целью изнасилования, развратных действий и др.) для установления психического заболевания.

Больные в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза дают меньше поводов для направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Наибольшее значение имеют попытки расширенного самоубийства. На экспертизу депрессивных больных направляют и в связи с совершением деяний (халатность, неоказание помощи и т. п.), обусловленных общей психомоторной заторможенностью, понижением импульсов к деятельности. Изучение данных посмертной экспертизы в связи с самоубийством показывает, что среди лиц, кончающих самоубийством без какого-либо внешнего повода, нередки случаи своевременно не распознанной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза (чаще циклотимии).

Вопрос о невменяемости не вызывает сомнений, когда общественно опасное деяние совершено во время психотического приступа. Больных обычно направляют на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа. Если больной к моменту вынесения экспертного заключения уже не находится в психотическом состоянии и не проявляет признаков психической болезни (светлый промежуток), целесообразно ограничиться амбулаторным наблюдением и профилактической терапией; в целях профилактики повторных правонарушений таких больных следует при первых симптомах нового приступа психоза помещать в психиатрические больницы.

Обследуемые, совершившие правонарушения в светлом промежутке, как правило, признаются вменяемыми. Однако даже в этих случаях при частом повторении психотических фаз обследуемый в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР может быть признан невменяемым как лицо, страдающее хронической душевной болезнью.

Значительные трудности возникают при экспертизе лиц, страдающих циклотимией. В этих случаях требуется особо тщательный анализ объективных данных о состоянии в период правонарушения и особенностей течения заболевания в целом. Необходимо исключить продромальную стадию приступа циркулярного психоза в момент совершения правонарушения. Вменяемость при этом определяется глубиной наблюдавшихся расстройств психического состояния, которая у одного и того же больного при раз-

ных циклотимических фазах может быть различной. Необходимо принимать во внимание и динамику социального положения больного (возможно его снижение в связи с длительными нераспознанными субдепрессивными фазами).

Во время принудительного лечения или лечения на общих основаниях больных маниакально-депрессивным психозом медицинский персонал психиатрических больниц должен проявлять особую внимательность и бдительность. Больные в маниакальной фазе склонны к частым ссорам с окружающими, нередко агрессивны. Депрессивные больные требуют постоянной бдительности персонала в связи с иногда чрезвычайно упорными попытками к самоубийству.

Экспертам приходится решать и вопрос о дееспособности больных маниакально-депрессивным психозом. Больные, преимущественно в маниакальной и гипоманиакальных фазах, могут совершать различные имущественные акты, обмен площади, заключать браки. Если подобные гражданские акты совершены во время приступа психоза, больных признают недееспособными, а заключенные акты расторгаются как не имеющие законной силы.

Литература

Аменицкий Д. А. Маниакально-депрессивный психоз.— В кн.: Судебная психиатрия. М., Медгиз, 1950, с. 152—161.
Гиляровский В. А. Психиатрия. М., Медгиз, 1954, 520 с.
Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. Изд. 2-е. М., «Медицина», 1968, 160 с.
Протопопов В. П. Проблема маниакально-депрессивного психоза.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1957, т. 57, в. 11, с. 1355—1362.
Рыбаков Ф. Е. Душевные болезни. Изд. 2-е. М., 1917, 516 с.
Wyrsch J. Gerichtliche Psychiatrie. Bern, 1946, 343 S.
Winokur, Clayton, Reich. Manic depressive illness. Saint Louis, 1969, 186 p.
Ey H., Bernard P., Brisset Ch. Manuel de Psychiatrie. Paris, 1967, 1211 p.

Глава 18

Травмы головного мозга

К 1965 г., по данным 29 психоневрологических диспансеров РСФСР, лица с травматическим поражением мозга составляли 9,7% всех больных, состоящих на учете. За 5 лет (1955—1959) число обследованных с последствиями черепно-мозговых травм,

направленных на экспертизу в Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского, составляло 14,45%, а в 1962 г. — 16,7% всех обследуемых.

Травмы черепа подразделяются на открытые и закрытые. Открытые травмы могут осложняться инфекцией. Как открытые, так и закрытые травмы бывают с нарушением или без нарушения целости костей черепа. Среди классификаций закрытых травм без повреждения костей черепа наиболее употребительно предложенное более 175 лет назад французским хирургом Petit подразделение на коммоцию (сотрясение), контузию (ушиб) и компрессию (сдавление) мозга. Однако коммоция часто сопровождается ушибом мозга, а контузия обычно протекает с сотрясением мозга. Еще в прошлом столетии Н. И. Пирогов говорил, что без сотрясения мозга «ни сдавление, ни ушиб мозга немыслимы». Некоторые авторы предлагают заменить эти термины общим названием «коммоционно-контузионный синдром» (С. И. Спасокукоцкий, А. И. Златоверов, 1937; Д. А. Шамбуров, 1948) или же выделять отдельные синдромы (Д. Г. Шефер, 1950). Кроме того, следует выделить еще особый, преимущественно военный, вариант травм — воздушную контузию.

Объединяет эти варианты черепно-мозговых травм ряд общих признаков: в основном регредиентное течение (наибольшие нарушения непосредственно после травмы) с общими стадиями заболевания. Большинство авторов различают следующие стадии травматического поражения: начальную («хаотическая» по Н. Н. Бурденко), острую, позднюю и отдаленный период. Качественное своеобразие отдельных вариантов черепно-мозговых травм (коммоция, контузия, открытая травма) не настолько велико, чтобы нельзя было отметить в каждом из них характерные для разных стадий симптомы, однако имеются некоторые особенности отдельных проявлений.

Первая стадия (начальная, или «хаотическая») характеризуется расстройствами сознания различной глубины и продолжительности — от оглушенности до коматозного состояния. При коммоциях нарушение сознания следует непосредственно за моментом травмы, при контузиях оно иногда наступает через некоторый промежуток времени. Обычно о тяжести черепно-мозговой травмы судят по глубине и длительности расстройства сознания.

При глубокой потере сознания вплоть до комы у больных отсутствует реакция на внешние, в том числе и болевые, раздражители, отмечается брадикардия (до 40—50 ударов в минуту) с напряженным пульсом, бледность, а иногда и синюшность лица.

Иногда непосредственно после черепно-мозговой травмы расстройство сознания, не достигая комы, протекает по типу оглу-

шенности или сумеречного расстройства сознания с двигательным возбуждением и недостаточно отчетливым восприятием окружающего. В таких случаях трудно разграничить начальный и острый период травмы.

После прояснения сознания наступает вторая стадия (острая). Длительность острого периода составляет от 2 до 8 нед (в зависимости от тяжести травматического поражения). В этом периоде бывает общая заторможенность с замедленностью всех психических реакций, резкой адинамией, иногда же, напротив, возникает психомоторное возбуждение с эйфорией и некритичностью (после контузии); описаны случаи так называемой мории, наблюдающейся преимущественно при лобной локализации поражения. Могут возникать острые травматические психозы в форме делириозного или сумеречного расстройства сознания, сопровождающиеся значительным психомоторным возбуждением. Они продолжаются несколько часов или дней, в редких случаях — более длительное время. Для этих состояний характерны колебания интенсивности психотических проявлений, как правило, с ухудшением ночью.

Обследуемый К., 47 лет, обвиняется в попытке убить своего зятя С. К. по характеру был спокойным, общительным, трудолюбивым. Женат, алкоголем не злоупотреблял. Работал лесником. Был исполнительным, честным, дисциплинированным работником: за безупречную работу неоднократно получал поощрения.

К. вечером был в гостях у родственников, где пил вино. Около 20 ч во время ссоры С. ударил К. металлическим безменом по лбу. К. упал на пол, потерял сознание. В 20 ч 15 мин он был осмотрен фельдшером, который отметил, что у К. «сознание потеряно, зрачки расширены, кожные покровы бледные: в области лба отек и кровоточащая рана размером 3×0,5 см. Тоны сердца приглушены, пульс слабый, плохого наполнения. Наблюдалась обильная рвота». По словам жены, в дальнейшем К. то тихо лежал в постели, то вскакивал и звал какого-то Николая, шарил руками по стене, не понимал обращенной к нему речи. На следующий день в 8 ч он был вновь осмотрен фельдшером, который отметил шаткость походки, расстройство речи, рвоту. В дальнейшем К. пришел в сознание, жаловался на сильную головную боль; на вопросы отвечал правильно. Днем во время поездки в больницу у него опять была рвота. В тот же день в 20 ч К. убежал из дому, опять звал какого-то Николая; жена привела его домой. Не мог объяснить своего поступка, был растерян. Утром следующего дня он ушел из дому с ружьем, ничего не сказав жене. Она позже нашла его у председателя сельсовета, где он советовался, что ему делать дальше, плакал. Затем К. был приглашен к знакомым, где вместе со всеми пил вино, однако за столом «вел себя отчужденно, молчал, иногда плакал». По дороге домой увидел драку между своим зятем С. (ударившим его 2 дня назад безменом) и односельчанином. К. подбежал к лежавшему на земле избитому С. и молча выстрелил в него.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского обнаружен комбинированный порок двустворчатого клапана в стадии де-

компенсации. По заключению невропатолога, имеется контузионно-коммоционный синдром с преимущественно лобной локализацией.

К. аффективно неустойчив, слабодушен, часто во время беседы у него на глазах появляются слезы. Анамнестические сведения сообщает излишне подробно, обстоятельно, но путано; не может вспомнить дат основных событий своей жизни. Помнит обстоятельства ссоры со своим зятем С.; о дальнейших событиях этого и последующего дня ничего рассказать не может. Не помнит своего неправильного поведения дома, посещения его фельдшером, рвоты. «Очнулся» только в день совершения правонарушения. Помнит, что утром этого дня он вышел из дома, захватив с собой ружье. Направился в лес, так как «плохо себя чувствовал» и решил пройтись. Настроение было подавленное, тошнило, сильно болела и кружилась голова, чувствовал слабость, все окружающее воспринимал «как в тумане», предметы казались «маленькими». Рассказ о последующих событиях соответствует материалам дела. К. добавил, что по дороге домой, когда он услышал крики и увидел своего зятя лежащим на земле, решил, что тот ищет какой-нибудь предмет, чтобы снова его ударить. В страхе К. мгновенно снял ружье и выстрелил, не целясь, в С.

Как видно из истории болезни, К. после травмы головы находился в состоянии болезненного расстройства психической деятельности в форме контузионно-коммоционного синдрома с длительной потерей сознания, последующими общецеребральными симптомами в виде тошноты и повторной рвоты и явлениями травматического делирия, сопровождавшегося психомоторным возбуждением. Утром в день правонарушения состояние К. несколько улучшилось, однако оставались симптомы тонкого изменения сознанием с явным нарушением критической оценки своего состояния и аффективные расстройства, наблюдавшиеся в остром периоде контузии, особенно характерные для лобной локализации травмы. В момент правонарушения К. неотчетливо воспринимал окружающее и явно неправильно оценивал ситуацию, хотя отдельные ее компоненты как будто воспринимал. Заключение: в момент правонарушения К. не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими; невменяем. К. можно выписать на попечение родных и под наблюдение районного психиатра (в связи с улучшением состояния к моменту экспертизы).

В некоторых случаях острый травматический психоз переходит в корсаковский амнестический синдром, принимая подострое течение. Посттравматический корсаковский синдром имеет некоторое качественное своеобразие: обычно не бывает пышных конфабуляций, ретроградная амнезия чаще имеет не диффузный, а островчатый характер и редко захватывает многолетний период. Как правило, ясно выражена астения. Определенного параллелизма между глубиной и длительностью нарушения сознания в первом периоде черепно-мозговой травмы и выраженностью и стойкостью последующих амнестических расстройств не наблюдается. После глубокой и продолжительной потери сознания далеко не всегда возникает корсаковский синдром, а после относительно непродолжительного расстройства сознания могут наблюдаться выраженные амнестические расстройства.

Другими симптомами острого посттравматического периода являются резкая церебральная астения, часто с двигательной

и психической заторможенностью, расстройства настроения. Как правило, в этом периоде бывают выраженные затруднения осмысления, нарушения запоминания, значительная психическая истощаемость и повышенная утомляемость, сопровождающиеся вазомоторными, вегетативными и вестибулярными расстройствами.

При так называемой воздушной контузии в этом периоде часто выявляется синдром глухонемоты, нередко рассматриваемый как истерическое состояние. Однако некоторые авторы считают, что ряд случаев травматического сурдомутизма является «реакцией почвы» и зависит от поражения «нейро-вегетативного управления сосудов». При этом варианте черепно-мозговой травмы слуховой анализатор оказывается наиболее травмированным, так как, кроме баро- и вибротравмы, он испытывает еще и сверхсильное раздражение от звукового воздействия взрыва. В связи с этим запредельное торможение наиболее длительно задерживается в системе слуховых центров мозговой коры, содержащих и сенсорный центр речи, тесно связанный с двигательно-кинестетической областью речи. Иногда с глухонемотой сочетаются ступорозные состояния.

В остром периоде черепно-мозговой травмы могут возникать судорожные припадки, характеризующиеся экстрапирамидными проявлениями и относительно благоприятным, регредиентным течением (М. О. Гуревич, 1948). Ясно выступают неврологические симптомы (парезы, параличи, афазия, апраксия, аграфия и т. д.), возникшие в результате контузионного поражения. Эти симптомы довольно полиморфны: анизокория, расширение или сужение зрачков, асимметрия лица, глазодвигательные, вестибулярные и вегетативные расстройства, головокружения, тошнота и рвота, иногда многократные.

Менингеальные симптомы и двигательное беспокойство у больных с закрытой черепно-мозговой травмой указывают на значительное повышение внутричерепного давления, чаще в связи с субдуральным кровоизлиянием. При люмбальной пункции обнаруживают повышение давления спинномозговой жидкости (свыше 200—300 мм вод. ст. в положении лежа), изменение состава ликвора с увеличением количества белка (0.5—0,6‰ и более), иногда — увеличение числа клеточных элементов, особенно в тех случаях, когда имеются менингеальные явления. На более поздних этапах травматического поражения явления ликворной гипертензии могут смениться гипотензией ниже 100—70 мм вод. ст. (Shenkin, Finneson, 1958).

В легких случаях черепно-мозговых травм все болезненные явления сглаживаются уже в течение острого периода, причем

обычно дольше всего держится астения. В более тяжелых случаях болезнь принимает подострое, более затяжное течение, которое условно обозначают как поздний период черепно-мозговой травмы.

В этом периоде иногда возникают интермиттирующие психозы в виде сумеречных расстройств сознания или галлюцинаторно-параноидных состояний. Чаще эти психозы возникают у лиц, получивших недостаточное лечение в остром периоде, или же при воздействии добавочных вредностей (переутомление, соматические заболевания, алкогольная интоксикация).

Необходимо правильно оценивать состояние эйфории, нередкой при «лобных» вариантах черепно-мозговой травмы, так как, несмотря на субъективно хорошее самочувствие и незначительность неврологической симптоматики («немая» область мозга), при таких мозговых травмах в последующем бывают тяжелые осложнения, связанные с недостаточным лечением в остром периоде. Тщательное неврологическое, рентгенологическое, серологическое и электрофизиологическое обследование позволяет установить остроту и тяжесть органического поражения мозга.

В более тяжелых случаях черепно-мозговых травм иногда по прошествии длительного времени в так называемом отдаленном периоде обнаруживают остаточные симптомы, которые обычно делят на следующие группы: травматическая церебрастения, травматическая церебропатия, одним из вариантов которой является травматическое слабоумие, и травматическая эпилепсия.

Под травматической церебрастенией отдаленного периода понимают синдром повышенной истощаемости и утомляемости, сочетающийся с явлениями вегетативно-вазомоторной и вестибулярной неустойчивости. Такие лица отличаются большой эмоциональной лабильностью, у них часто возникают резкие аффективные вспышки, обычно непродолжительные. Это состояние в некоторых отношениях сходно с астенией острого периода, но отличается значительной зависимостью от внешних условий. При неблагоприятных внешних условиях, добавочных вредностях состояние таких больных обычно ухудшается, отдых приводит к значительному улучшению. Интеллектуальные нарушения у больных с церебрастеническим синдромом выражены незначительно. Кроме повышенной истощаемости и связанного с ней нарушения внимания, отмечается только нерезкое снижение запоминания. Память на прошлое остается достаточно сохранной.

У больных с церебрастеническим синдромом имеется относительно незначительная неврологическая симптоматика. Выражены симптомы вестибулярной и сосудисто-вегетативной недостаточности в виде потливости, красного дермографизма, уменьше-

ния разницы между систолическим и диастолическим артериальным давлением, эпизодической гипертонии, разницы артериального давления между правой и левой сторонами. Нередко наблюдаются сопутствующие сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания. Ликворное давление обычно повышено (свыше 200 мм вод. ст. в положении лежа), выявляются увеличение содержания белка (0,4—0,6‰), измененная реакция Ланге.

При травматической церебропатии более выражены симптомы психической недостаточности с нарушениями памяти, внимания, аффективными расстройствами, снижением работоспособности. Отчетливее выявляются двигательные расстройства в виде парезов или параличей, явления афазии, апраксии, алексии, аграфии, свидетельствующие о локальном мозговом поражении. Сосудисто-вегетативные и вестибулярные расстройства характеризуются постоянством и стойкостью. Наиболее выражены эти расстройства после воздушных контузий. Только при так называемом конвекситатном варианте травматической церебропатии (М. О. Гуревич, 1948) их обычно не обнаруживают.

Нарушения корковой электрической активности после черепно-мозговых травм разнообразны и изменчивы. Часто наблюдаются снижение альфа-ритма, асимметрия электрической активности в разных полушариях. Нередко при тяжелых травматических поражениях мозга отмечаются медленные волны, более выраженные вблизи места поражения (С. А. Чугунов, 1948). При пневмоэнцефалографии обнаруживаются явления внутренней и наружной гидроцефалии, асимметрия желудочков, уменьшение объема мозга.

Психопатологические нарушения при травматической церебропатии довольно полиморфны. В многочисленной литературе, касающейся психопатологических нарушений после черепно-мозговых травм, отмечается в первую очередь частота аффективно-волевых расстройств, причем как ведущий синдром описана аффективная неустойчивость с эксплозивностью, склонностью к моторным разрядам. В качестве других вариантов аффективных расстройств рассмотрены состояния дисфорий, более или менее очерченных, и, наконец, реже — апатико-абулический синдром и эйфория как проявления поражения лобного отдела мозга.

Большое клиническое и судебно-психиатрическое значение имеет вариант посттравматического изменения личности, многократно описанный в литературе под названием «органическая психопатия», или психопатоподобное состояние. Вряд ли оправданно называть эти состояния органическими психопатиями. Изменения аффективно-волевой сферы у лиц, перенесших черепно-

мозговые травмы, в основном определяются органическим мозговым поражением и обусловленными им функционально-динамическими нарушениями, которые складываются в комплекс психопатологических, сосудисто-вегетативных и ликворных симптомов. Для обозначения этих своеобразных расстройств более приемлем термин «психопатоподобные состояния».

Аффективно-волевые нарушения характеризуются эмоциональной неустойчивостью, сочетающейся с психической истощаемостью. Помимо повышенной возбудимости, взрывчатости, у этих больных можно иногда отметить и расстройства настроения по незначительным поводам, однако трудно говорить об очерченных дисфорических состояниях. Обычно при преобладающем пониженном настроении отсутствуют значительная аффективная напряженность и злобность, свойственные истинным посттравматическим дисфориям. Расстройства настроения непродолжительны, несомненно зависят от ситуационных факторов. При благоприятных условиях такие расстройства сглаживаются, в трудной ситуации становятся более отчетливыми.

Наибольшие аффективно-волевые нарушения и наиболее трудная социально-трудовая адаптация отмечены на ранних этапах психопатоподобного посттравматического синдрома. На поздних этапах повышенная реактивность (в широком смысле этого слова) сглаживается и больные становятся более устойчивыми к различным воздействиям.

Вследствие значительной аффективно-волевой неустойчивости многие лица с травматической церебропатией (особенно в психопатоподобном варианте) злоупотребляют алкоголем. У таких лиц часто бывает трудно точно определить удельный вес посттравматических и алкогольных изменений личности, так как возникает своеобразный порочный круг. Расстройства аффективности и волевые нарушения содействуют возникновению и закреплению патологического стремления к алкоголю, а алкогольные изменения личности в свою очередь приводят к ослаблению морально-волевых тормозов.

Если нет злоупотребления алкоголем или других вредностей, то, как правило, аффективно-волевые нарушения и другие посттравматические симптомы (неврологические и серологические) постепенно смягчаются. Параллелизм динамики аффективно-волевых нарушений и органических посттравматических симптомов подтверждает органическую обусловленность психопатоподобного синдрома.

В некоторых случаях психопатоподобные состояния в противоположность постепенно сглаживающимся неврологическим органическим симптомам становятся все более выраженными. Про-

исходит усиление аффективно-волевых расстройств с повышением эмоциональной возбудимости и частыми аффективными разрядами, нередко принимающими форму истерических реакций, а иногда истерических припадков. Такое истерическое развитие личности часто связано с различными психогенными или соматогенными неблагоприятными факторами. Иногда обострение аффективно-волевых нарушений и припадки только внешне сходны с истерическими, а по существу имеют иное происхождение. Эти состояния обусловлены комплексом сосудистых и вегетативных расстройств. В некоторых случаях такая прогредиентность течения болезни не связана ни с какими внешними факторами и объясняется, по-видимому, вторичными изменениями в подбугровой области в результате посттравматических сосудисто-ликворных нарушений.

Психопатоподобный вариант чаще возникает после не очень тяжелых травм мозга.

Травматическое слабоумие представляет собой один из вариантов травматической энцефалопатии. Синдром травматического слабоумия нельзя назвать четко очерченным клиническим понятием. Как показывает практика, в него часто включают различные состояния и особенно нарушения, связанные с очаговыми симптомами: афазией, апраксией, агнозией, алексией, что совершенно неправильно. В ряде случаев у больных с диагнозом травматического слабоумия в последующем все психические нарушения подвергаются редукции.

Основным признаком травматического слабоумия являются расстройства высших интеллектуальных функций, в первую очередь мышления. Эти расстройства выражаются в своеобразном непонимании сложной ситуации в целом при правильном усвоении отдельных ее деталей, невозможности выделения существенных признаков, сугубой конкретности представлений с непониманием переносного смысла и нарушении критики. Иногда критическое отношение к отдельным болезненным проявлениям, к отдельным компонентам ситуации частично сохранено.

Довольно постоянны нарушения мнестических функций от расстройства запоминания до картины корсаковского синдрома, наиболее выраженного при конвекситатном варианте слабоумия (М. О. Гуревич, 1948). Для травматической деменции характерна повышенная психическая истощаемость. Иногда трудно определить степень снижения интеллекта в связи с уменьшением активности, нарушением побуждений и отсутствием достаточной собранности у больных. Когда удается достаточно заинтересовать больного и он не слишком утомлен, впечатление о его дементности значительно ослабляется.

Кроме общей тенденции к регрессу, свойственной неосложнен-
ному травматическому слабоумию, следует отметить эпизодиче-
ские ухудшения состояния, связанные с различными психоген-
ными и соматогенными факторами. В структуре этих обострений
удается установить сложное переплетение различных симптомов:
усиление органических явлений выпадения, в обычном состоянии
уже сгладившихся, симптомы изменения сознания, иногда псев-
додементные наслоения. Поведение таких больных может созда-
вать неправильное впечатление псевдодеменции, хотя по сущест-
ву в данном случае имеется «псевдо-псевдодементное состояние»,
при котором сходство с псевдодеменцией лишь внешнее.

В случае присоединения церебрального атеросклероза, алко-
голизма, после повторных травм травматическая деменция может
стать прогрессирующей. Иногда сосудистые расстройства стано-
вятся более выраженными на отдаленных этапах, после достаточ-
ной компенсации травматических расстройств. Некоторые из та-
ких сосудистых нарушений М. О. Гуревич (1948) рассматривал
как посттравматические вазопатии, сходные по симптоматике с
церебральным атеросклерозом. Эти сосудистые нарушения нель-
зя связать непосредственно с черепно-мозговой травмой.

Травматическая эпилепсия. В литературе приводят-
ся различные данные о частоте травматической эпилепсии по от-
ношению ко всем случаям черепно-мозговых травм — от 6—7 до
50—60%. Столь большое расхождение объясняется тем, что до
последнего времени в понятие «травматическая эпилепсия» вкла-
дывали разное содержание. Часть авторов относят к этому забо-
леванию все эпилептиформные состояния, возникающие как на
ранних, так и на поздних этапах травматического поражения моз-
га, чем, естественно, и объясняется значительное увеличение про-
цента травматической эпилепсии. Большинство авторов включают
в понятие «травматическая эпилепсия» только состояния с веду-
щим эпилептическим синдромом, вызванным травмой; иногда
припадки склонны к прогрессированию. Эпилептиформные при-
падки острого периода, связанные с общецеребральными наруше-
ниями (отек мозга, гипертензия), сюда не включаются.

Травматическая эпилепсия чаще возникает после проникаю-
щих черепно-мозговых травм, в том числе после огнестрельных
ранений, что связано с грубыми рубцовыми изменениями ткани
мозга. Клинически травматическая эпилепсия отличается значи-
тельным полиморфизмом пароксизмальных проявлений. Встреча-
ются большие судорожные припадки, локальные припадки типа
джексоновских, малые припадки, кратковременные выключения
сознания, атипичные припадки с ярко выраженным вегетативно-
сосудистым компонентом («диэнцефальные»), сумеречные состоя-

ния различной глубины и продолжительности, дисфорические расстройства настроения. В результате полиморфных и частых эпилептиформных проявлений при травматической эпилепсии может наступать прогрессирующее изменение личности, иногда весьма сходное с эпилептической структурой деградации (С. Ф. Семенов, 1940; Л. С. Юсевич, 1944; Л. Л. Рохлин, 1948).

Отдельные эпилептиформные проявления сходны с такими же состояниями при истинной эпилепсии, однако некоторые из них имеют определенное своеобразие, характерное для травматической эпилепсии. При травматической эпилепсии довольно часто наблюдаются различные атипичные припадки, которые не всегда легко отграничить от истерических, тем более что они могут сочетаться. В первую очередь следует указать на диэнцефальные припадки с приступообразным сложным комплексом вегетативных расстройств (озноб, полиурия, полидипсия, повышенное потоотделение, саливация, адинамия, ощущение жара и др.), иногда сопровождающимся атипичными судорожными проявлениями («мезодиэнцефальные» припадки) на фоне измененного сознания. Эти припадки чаще возникают в отдаленном периоде после закрытых черепно-мозговых травм (особенно воздушных контузий). При диэнцефальных эпилептических припадках, в межприпадочном периоде остаются ярко выраженные и стойкие вегетативно-сосудистые расстройства, эпизодически обостряющиеся в состоянии припадка.

При травматической эпилепсии часто возникают расстройства сознания различной структуры, длящиеся от нескольких минут до нескольких дней. Нередко наблюдаются своеобразные варианты сумеречного помрачения сознания с менее глубоким помрачением сознания, чем при истинных эпилептических сумеречных состояниях. В последующем воспоминания о переживаниях психотического периода (обычно параноидных) частично сохраняются. Иногда психические расстройства отражают травмировавшие больного события. Травматические сумеречные помрачения сознания иногда возникают аутохтонно, представляя собой как бы эквивалент эпилептического припадка, а также после эпилептического припадка или в связи с разными неблагоприятными воздействиями — психогенией, алкогольными эксцессами, переутомлением.

Нередко большому судорожному припадку или сумеречному помрачению сознания предшествует дисфория. Однако в этих случаях отсутствует длительная напряженность аффекта, свойственная эпилептическим расстройствам настроения, и имеется выраженная психическая истощаемость. Дисфорический синдром иногда имеет сложную структуру. Расстройства настроения, со-

провождающиеся, как правило, отрицательными переживаниями, могут сочетаться с обильными сенестопатиями и последующей ипохондрической их переработкой, параноидными идеями (Н. И. Горбунова-Посадова, 1961). Дисфорические расстройства настроения могут сопутствовать эпилептиформным проявлениям или же возникать вне травматической эпилепсии.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы иногда при медленном нарастании болезненных явлений наблюдаются клинические картины, весьма сходные с шизофренией: кататонические симптомы (с возбуждением или ступором), галлюцинаторно-параноидные состояния, в том числе и с синдромом психического автоматизма Кандинского — Клерамбо. Шизофреноподобные состояния могут возникать эпизодически на фоне более или менее измененного сознания или имеют затяжное течение без изменения сознания, с постепенным усложнением психопатологических нарушений и сглаживанием неврологических симптомов в картине болезни.

Значительная аффективная насыщенность переживаний и сосудисто-вегетативная неустойчивость приводят к тому, что в психотравмирующей ситуации у лиц с остаточными явлениями травматического поражения мозга часто возникают реактивные состояния, принимающие иногда затяжное течение. В этих случаях возможны различные сочетания функциональных и органических механизмов. У одних больных психическая травма обостряет имевшиеся органические симптомы (психогенная декомпенсация); у других психогенная реакция принимает форму видоизмененных и подчеркнутых органических симптомов; у третьих яркая психогенная реакция маскирует органические симптомы, которые выступают только после сглаживания реактивных наслоений; наконец, неблагоприятная ситуация может привести к воспроизведению клинической картины острого и подострого периода травмы (И. Н. Введенский, 1948).

Как правило, психогенные реакции возникают и бывают клинически более полиморфными и длительными после закрытых черепно-мозговых травм. Нередко психогенные нарушения при травмах мозга проявляются в функционально ослабленных органическим поражением системах, причем бывает тесное слияние видоизмененного по органическому типу психогенного симптома с органическим, видоизмененным по психогенному типу. Так, у лиц, перенесших в остром периоде черепно-мозговой травмы амнестическую афазию, после ареста наблюдается психогенная реакция псевдодеменции, основной симптом которой—миморечь—приближается к типу амнестической афазии (Н. И. Фелинская, 1944).

При открытых черепно-мозговых травмах как в раннем, так и в отдаленном периоде можно отметить те же клинические симптомы, что и при закрытых травмах. Проникающие ранения могут осложняться менингоэнцефалитами и мозговыми абсцессами. Хотя локальные нарушения (параличи, парезы, афазия, апраксия) при проникающих черепно-мозговых травмах могут быть значительными и травматическая эпилепсия с джексоновскими припадками возникает после них чаще, психопатологические нарушения менее полиморфны, чем при непроникающих черепно-мозговых травмах.

В остром периоде черепно-мозговой травмы часто возникают субэпендимные кровоизлияния. Общей реакцией на травму можно назвать отек и набухание мозга.

В резидуальной стадии иногда возникают кистозный и слипчивый арахноидит, рубцовые изменения в оболочках и мозговой ткани, внутренняя и наружная гидроцефалия, которые могут прогрессировать, обусловливая клинически прогредиентный характер посттравматического мозгового поражения (Л. И. Смирнов, 1947; М. О. Гуревич, 1948; П. Е. Снесарев, 1950).

Дифференциальная диагностика посттравматического мозгового поражения. Трудно оценить коматозное состояние в начальном периоде после черепно-мозговой травмы, в том случае, когда у потерпевшего есть признаки алкогольной интоксикации. В этих случаях следует помнить о полном восстановлении сознания при опьянении через 4—6 ч и отсутствии остаточных неврологических и психопатологических симптомов, свойственных острому периоду черепно-мозговой травмы. Достаточно длительное наблюдение за пострадавшим позволяет установить правильный диагноз.

Посттравматические ступорозные состояния отличаются от кататонического ступора при шизофрении тем, что при травматическом ступоре нет настоящей недоступности и негативизма. Сопутствующие травматическому поражению неврологическая симптоматика и сосудисто-ликворные нарушения помогают уточнить диагноз. На основании наблюдающихся в остром периоде психотических состояний можно предположить галлюцинаторно-параноидную форму шизофрении, однако симптомы измененного сознания сумеречного или делириозного характера, яркость галлюцинаторных обманов восприятия, неврологические органические знаки, явления ликворной гипертензии позволяют установить диагноз посттравматического психоза. Несколько труднее отграничить посттравматические психозы с делириозным расстройством сознания от алкогольного делирия, тем более что у лиц, злоупотреблявших алкоголем, возможно возникновение алкоголь-

ного делирия после ушиба головы. В остром периоде черепно-мозговой травмы могут возникнуть такие психотические состояния, в структуре которых сосуществуют и травматические (сосудисто-вестибуляторные и вегетативные расстройства, психосенсорные нарушения), и алкогольные симптомы (ярко выраженные зрительные обманы восприятия устрашающего содержания).

Для отграничения диэнцефальных травматических припадков от истерических необходимо наблюдать больного в стационаре. При таком наблюдении выявляется комплекс характерных для диэнцефального поражения сосудисто-вегетативных расстройств, остающихся, хотя и в менее выраженной форме, и в межприпадочном периоде. При диэнцефальных припадках нередко отсутствуют зрачковые реакции, возникают патологические рефлексы, угасают брюшные рефлексы. Экспрессивный компонент с выразительными движениями, отражающими переживания больного, ярко выражен при истерическом припадке. Если имеются выразительные движения при диэнцефальном припадке, то они не связаны с эмоциональными переживаниями.

Травматическую эпилепсию в целом отличает от истинной эпилепсии полиморфизм пароксизмальных проявлений, локальность судорожных припадков. При травматической эпилепсии не всегда возникают эпилептические изменения личности, столь характерные для истинной эпилепсии. Электроэнцефалографическое исследование хотя и обнаруживает при травматической эпилепсии комплексы пик — волна и высокочастотные волны большой амплитуды, свойственные эпилепсии, но изменения электрической активности мозга часто бывают очаговыми.

Для судебно-психиатрической экспертизы большое значение имеет установление ретроградной амнезии, которая представляет собой важный компонент корсаковского травматического синдрома. Другие сопутствующие компоненты корсаковского синдрома (нарушения воспроизведения, псевдореминисценции, антероградная амнезия), постепенное восстановление воспоминаний от более давних к более новым подтверждают существование ретроградной амнезии.

Наибольшие диагностические трудности возникают в отдаленном периоде, когда сглаживаются неврологические органические симптомы, а аффективно-волевые нарушения приобретают сходство с психопатическими расстройствами. Однако психическая истощаемость, выраженный сосудисто-вегетативный компонент и явления ликворной гипертензии в сопоставлении с определенным параллелизмом между аффективно-волевыми расстройствами и сосудисто-вегетативными и ликворными колебаниями позволяют отграничить психопатоподобные посттравматические состояния

от психопатии. Кроме того, сглаживание аффективно-волевых расстройств под влиянием дегидратационного лечения, что наблюдается при посттравматическом психопатоподобном синдроме, совершенно не свойственно истинным психопатиям.

Нелегко бывает иногда отграничить от психогенной псевдодеменции так называемые псевдо-псевдодементные состояния, наблюдающиеся в некоторых случаях травматического слабоумия, особенно при его конвекситатном варианте. Ремиттирующие очаговые явления (афазия, апраксия, алексия), складывающиеся обычно в целостную клиническую картину, являются основным дифференциально-диагностическим критерием при оценке подобных состояний.

Отграничению от шизофрении травматических шизофреноподобных психозов в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы помогает как структура клинической картины (аффективная сохранность, ярко-чувственный характер сенестопатий и обманов восприятия), так и динамика травматического заболевания с последовательной сменой и трансформацией эпилептиформного, психопатоподобного и, наконец, шизофреноподобного синдромов.

Л е ч е н и е. В остром периоде черепно-мозговой травмы необходим полный покой с соблюдением строгого постельного режима в легких случаях до 2 нед, в случаях средней тяжести — до $1-1^1/_2$ мес и в тяжелых — до 2 мес и более.

О целесообразности и сроках применения спинномозговой пункции в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы единого мнения нет. А. Н. Новиков (1955) говорил о бесцельности пункции, так как ее лечебный эффект в это время оказывается очень кратковременным. А. И. Златоверов (1957) указывал на опасность выведения ликвора в связи с возможностью нераспознанной блокады ликворных путей. Н. И. Озерецкий (1947) рекомендовал пункцию не ранее 3-х суток после травмы ввиду опасности набухания мозга с вклинением во время пункции его стволовой части в область тенториального отверстия. Н. Н. Бурденко (1937) широко применял раннюю спинномозговую пункцию при закрытых черепно-мозговых травмах, в связи с чем значительно уменьшились показания к декомпрессивной трепанации черепа. Наш опыт подтверждает правильность применения ранних люмбальных спинномозговых пункций с диагностической и терапевтической целью, однако при этом необходимо соблюдать некоторые меры предосторожности. Пункцию надо производить в положении больного лежа. Жидкость выпускают довольно медленно (при повышенном давлении — не вынимая полностью мандрена из пункционной иглы) в объеме от 5 до 10 мл. При указанных условиях осложнений мы не отмечали.

Для выведения больного из шокового состояния внутривенно вводят 5—10 мл 10% раствора хлорида кальция, назначают витамины B_1 и C. Французские авторы Cier и Tanche (1956) для борьбы с травматическим шоком применяют гипотермию в сочетании с аминазином. Schwarz (1959) отмечает эффективность нейролептиков при психомоторном возбуждении в остром периоде черепно-мозговой травмы.

При ликворной гипертензии для дегидратации внутривенно вводят 40% раствор глюкозы с 25% раствором сульфата магния. В случае гипотензии от дегидратационной терапии следует воздержаться. Для улучшения сердечной деятельности в остром периоде назначают кофеин, камфору, при нарушении дыхания — лобелин.

В отдаленном периоде для улучшения общего состояния назначают общеукрепляющее лечение и снотворные средства. При повышенной раздражительности, возбудимости показано внутривенное введение 10 мл 10% раствора бромида натрия и 5—10 мл 25% раствора сульфата магния (в одном шприце).

Травматические психозы, протекающие с сумеречным помрачением сознания и возникающие как в острой стадии, так и в отдаленном периоде, хорошо купируются внутривенным (медленно!) или внутримышечным введением 10 мл 10% раствора глюконата кальция. Для лечения рубцово-спаечных изменений назначают электропроцедуры — электрофорез лекарственных веществ, УВЧ-терапию.

При эпилептиформных судорожных припадках наряду с дегидратационной терапией применяют противосудорожные средства (люминал, дилантин, гексамидин, смесь Серейского и др.). По данным Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, при диэнцефальных припадках хороший эффект оказывает аминазин (по 200—300 мг в день). Аминазин назначают при шизофреноподобных травматических психозах, особенно в случае сопутствующей диэнцефальной симптоматики. Особенно эффективен аминазин в случаях психогенного углубления диэнцефальных проявлений. При травматической гидроцефалии хорошее терапевтическое воздействие оказывает пневмоэнцефалография, одновременно помогающая уточнить диагноз.

С у д е б н о - п с и х и а т р и ч е с к а я о ц е н к а. В начальном («хаотический») периоде черепно-мозговой травмы больные совершают правонарушения только в том случае, если расстройство сознания не достигает степени комы, а протекает по типу оглушенности, сумеречного состояния. Лицо, совершившее правонарушение, признают невменяемым, так как оно не может отдавать отчет в своих действиях и руководить ими.

В остром периоде черепно-мозговой травмы, особенно при лобной локализации поражения, бывают состояния эйфории с расторможенностью и нарушением критики. Несмотря на формально ясное сознание, субъект не может полностью отдавать отчет в своих действиях и руководить своим поведением, в связи с чем показана его экскульпация.

При тяжелых последствиях черепно-мозговой травмы в виде стойкого корсаковского амнестического синдрома или травматического слабоумия вопрос о вменяемости и дееспособности решают отрицательно. Если обследуемый получил тяжелую черепно-мозговую травму со значительными последствиями (например, в виде корсаковского синдрома или травматической деменции) после совершения правонарушения, он не может понести наказание и нуждается в применении мер медицинского характера, хотя его вменяемость в момент правонарушения не вызывает сомнения. Выбор медицинских мер определяется особенностями психического состояния обследуемого и его социальной опасностью.

Травматические психозы в подострой стадии и отдаленном периоде черепно-мозговой травмы в момент правонарушения исключают вменяемость. Если травматический психоз возникает повторно или имеет затяжное течение у лиц, осужденных за ранее совершенные правонарушения, показано применение ст. 362 УПК РСФСР, так как такое лицо не может находиться в исправительно-трудовых учреждениях.

Судебно-психиатрическая оценка при посттравматических психопатоподобных изменениях личности различна. Если правонарушение было совершено в период значительной декомпенсации (связанной, как правило, с присоединением каких-либо вредных факторов), при чрезвычайном обострении аффективной возбудимости, сочетающейся с рядом других психопатологических симптомов (параноидная настроенность, сенестопатии, тяжелый дисфорический аффект тоски и злобы, иногда диэнцефальные расстройства), то экспертная комиссия может признать больного невменяемым. Осужденного с состоянием выраженной декомпенсации, наступившей в условиях исправительно-трудового учреждения, направляют в психиатрическую больницу для лечения до сглаживания декомпенсации; лишь в отдельных сравнительно редких случаях может быть вынесено решение о применении ст. 362 УПК РСФСР и направлении на принудительное лечение.

Обследуемый Ж., 30 лет; через некоторое время после травмы головы выявились значительные характерологические изменения со взрывчатостью, расстройствами настроения, тоскливостью, нарушением сна, идеями отношения, агрессивностью, направленной на окружающих. Многократно судим за хулиганство и, наконец, за убийство в состоянии опьяне-

ния. Последние несколько лет находился в исправительно-трудовом учреждении, где возникли своеобразные «приступы»: жаловался на ощущение жара, холода или зуда во всем теле, «сводило руки и ноги», появлялись дрожь, сердцебиение, потливость. Сознания при этом не терял. Кроме того, у Ж. отмечались эпизодические тяжелые расстройства настроения с аффективными разрядами. Его неоднократно помещали в больницу; психиатры диагностировали психопатию, шизофрению и, наконец, пришли к выводу о симуляции психического заболевания. Припадки, наблюдавшиеся у Ж., расценивались как истерические.

Клиническое наблюдение позволило установить у Ж. ряд психопатологических, неврологических и биохимических нарушений диэнцефального происхождения; атипичные припадки также были характерны для диэнцефального поражения.

Заключение: Ж. в связи со стойкостью этих нарушений подпадает под действие ст. 362 УПК РСФСР и нуждается в направлении на принудительное лечение.

Правонарушения, совершенные в состоянии тяжелой дисфории, возникшей без видимых причин, заставляют признавать больных невменяемыми. Это не относится к колебаниям настроения у лиц с остаточными явлениями черепно-мозговой травмы. Изменения настроения у них обычно связаны с различными внешними причинами и быстро сглаживаются.

При повторной судебно-психиатрической экспертизе в разное время после травматического поражения экспертное заключение может меняться в зависимости от динамики нарушений. Часто в связи с регредиентностью органических симптомов и постепенным улучшением состояния лица, бывшие ранее невменяемыми, признаются вменяемыми относительно вновь совершенных правонарушений.

Иногда судебно-психиатрическое заключение меняется в отношении лиц, признававшихся ранее вменяемыми; это в первую очередь редкие случаи прогредиентного течения травматической болезни. Невменяемы больные с последствиями травм мозга, когда нарастают симптомы сосудистых мозговых расстройств с выявлением значительного дефекта. Наконец, при патологическом (бредовое) развитии личности в отдаленном периоде травмы или при возникновении на этом этапе травматических психозов больных признают невменяемыми. Решение вопроса о дееспособности лиц, перенесших черепномозговую травму, основывается на тех же клинических критериях оценки психического состояния, как и при установлении вменяемости.

Литература

Гордова Т. Н. К вопросу о травматической деменции.—Труды психиатрической клиники имени С. С. Корсакова. Т. IX. М., Изд-во АМН СССР, 1949, с. 245—263.

Гордова Т. Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. М., «Медицина», 1973, 175 с.
Гуревич М. О. Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа. М., Изд-во АМН СССР, 1948, 238 с.
Давиденков С. Н. Эпилепсия. К истории вопроса этиологии эпилепсии.— В кн.: Руководство по неврологии. Т. VI. М., Медгиз, 1960, с. 257—270.
Повицкая Р. С. Травматическое слабоумие. Нервные и психические заболевания военного времени. М., Медгиз. 1948, с. 115—124.
Рохлин Л. Л. Травматическая эпилепсия. М., Изд-во АМН СССР, 1948, 270 с.
Смирнов Л. И. Патологическая анатомия и патогенез травматических заболеваний нервной системы. М., Изд-во АМН СССР, 1947, 134 с.
Снесарев П. Е. Теоретические основы патологической анатомии психических болезней. М., Медгиз, 1950, 368 с.
Сухарева Г. Е. Роль вредностей военного времени в клинике психических заболеваний (на материале гражданских отделений больницы им. Кащенко).— В кн.: Проблемы психиатрии военного времени. М., 1945, с. 255—272.
Фелинская Н. И. Синдром псевдодеменции при травмах мозга.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. 4. М., 1944, с. 91—101.
Юсевич Л. С. Судебно-психиатрическая оценка травматической эпилепсии.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. IV. М., 1944, с. 74—91.
Denny-Brown. The clinical aspects of traumatie epilepsy.—“Am. J. Psychiat.”, 1944, N 100, p. 575—593.
Knjath Gerhardt. Jugendpsychiatrische Begutachtung. Leipzig, 1959.
Ley Jaque. L’objectif et le “subjectif” en medecine legale traumathologique.—“Extrait des Acta Neurol. et Psychiatr. Belg.”, Facs. 4, 1956, p. 238—252.

Глава 19

Энцефалиты

Энцефалиты могут возникать первично (эпидемический, весенне-летний, японский и др.) и вторично (так называемые параэнцефалиты), как осложнения общих инфекционных заболеваний (тифы, корь, скарлатина, грипп, ревматизм, малярия и др.).

Вторичный энцефалит обычно развивается остро, на высоте инфекционного процесса или после падения температуры. Психические расстройства чаще проявляются в форме делирия, сумеречного помрачения сознания, оглушенности; могут возникать судорожные припадки. Чаще всего психические расстройства исчезают после выздоровления от инфекционного заболевания.

Судебному психиатру в своей практике приходится встречаться обычно с остаточными явлениями острых энцефалитов, которые имеют свои клинические особенности, обусловленные в основном локализацией и степенью органических изменений в головном мозге и в меньшей степени связанные с характером инфекции.

После инфекционного энцефалита, перенесенного в раннем детском возрасте, развиваются слабоумие, судорожные припадки, расторможенность и извращение полового влечения, повышение пищевого влечения, достигающее булимии. Больные с психофизическим инфантилизмом после энцефалита отличаются повышенной внушаемостью, детскостью суждений; поведение и трудовую адаптацию у них в значительной степени определяют условия микросоциальной среды. Часто наблюдается психопатоподобный синдром, повышенная эмоциональная возбудимость, жестокость, вспышки ярости с разрушительными тенденциями, возникающие по незначительному поводу.

Гипердинамические состояния отличаются суетливостью, двигательным беспокойством, склонностью к бродяжничеству, что наряду с сексуальной расторможенностью и внушаемостью увеличивает общественную опасность таких больных.

При неврологическом обследовании в резидуальной стадии энцефалита обнаруживают знаки органического поражения головного мозга (анизокория, асимметрия лица, гипергидроз и др.), некоторое повышение давления спинномозговой жидкости, увеличенное содержание белка в ней, незначительный цитоз.

В отдаленной стадии энцефалита недостаточность критики, узость интересов, «застревание» на различных конфликтах, повышенное внимание к своему здоровью могут привести к сутяжному или ипохондрическому развитию личности. Определенная динамика, прогредиентность психопатологических расстройств свойственны общим инфекционным заболеваниям с поражением головного мозга, которые протекают в форме приступов (ревматическая болезнь, малярия). Эти формы энцефалитов имеют особое значение, так как они вызывают значительные дифференциально-диагностические трудности в связи со сходством с некоторыми формами шизофрении.

О с т р ы й р е в м а т и ч е с к и й э н ц е ф а л и т сопровождается психотическими расстройствами, похожими на психозы при острых общих инфекциях. Судебно-психиатрическое значение ревматического энцефалита невелико. В хронической стадии ревматического энцефалита бывают протрагированные ревматические психозы с преобладанием астено-депрессивных, ипохондрических, параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояний. Может развиться так называемая симптоматическая эпилепсия, а в детском и юношеском возрасте — хореатический синдром, бывает постепенно нарастающая деменция с ослаблением памяти и развитием псевдопаралитического состояния.

Особое значение для судебно-психиатрической клиники имеют психопатоподобные состояния с резкой эмоциональной возбуди-

мостью, конфликтностью, агрессивностью. Значительные трудности вызывает отличие затяжных ревматических психозов от некоторых форм шизофрении. При ревматическом энцефалите психические расстройства связаны с инфекционным процессом, больные более доступны, сохраняют определенное критическое отношение к своему заболеванию, чего не бывает при шизофрении. Ревматический энцефалит сопровождается психической и соматической астенией, значительной ипохондрической фиксацией на реальных соматических признаках заболевания. Галлюцинации и бредовые идеи при энцефалите часто бывают эпизодичными с конкретным содержанием.

Малярийный энцефалит по существу утратил свое судебно-психиатрическое значение в связи с практически полной ликвидацией малярии на территории Советского Союза. В клинике встречаются преимущественно случаи хронически протекающего малярийного энцефалита. Малярийные психозы редко возникают при первых приступах малярии, они более характерны для повторных приступов заболевания. Острая стадия малярийного энцефалита отличается многообразием психопатологических расстройств; условно можно выделить коматозную, эпилептиформную, психотическую и церебральную (с выраженной неврологической симптоматикой) формы. Психотические расстройства проявляются в виде делириозного, галлюцинаторно-бредового состояний, острой спутанности. Малярийным психозам свойственно интермиттирующее течение, что обусловлено приступообразностью инфекции. Малярийный энцефалит имеет относительно благоприятный прогноз, однако возможно развитие стойкого слабоумия. Наибольшие затруднения в дифференциальной диагностике (в основном с шизофренией) вызывает затяжная малярийная аменция, особенно в безлихорадочный период. Из психопатологических расстройств при малярийном энцефалите в судебно-психиатрической практике приходится встречаться с явлениями эмоциональной возбудимости, взрывчатости, способствующими возникновению конфликтов с окружающими и совершению общественно опасных действий.

Эпидемический энцефалит вызывается фильтрующимся вирусом, родственным вирусам сезонных энцефалитов. В настоящее время эпидемический энцефалит встречается в виде спорадических случаев. В течении заболевания различают острую и хроническую стадии с резидуальными явлениями и дальнейшими приступами (сдвиги). В острой стадии возможно развитие делирия, онейроида, описаны маниакальное и депрессивное состояния, возникающие как при ясном, так и при помраченном сознании и временами сопровождающиеся галлюцинаторно-бре-

довыми проявлениями. Психические расстройства в острой стадии эпидемического энцефалита редко приводят больных к общественно опасным поступкам. Хроническая стадия чаще наступает после периода относительного выздоровления, который может длиться несколько лет. При всем разнообразии психических изменений в хронической стадии для нее типичны снижение активности, застойность, однообразие психических процессов, расторможенность сексуального и пищевого влечений, патологическая назойливость больных. В большинстве случаев значительного снижения интеллекта и расстройств памяти не наступает. Повышенная эмоциональная возбудимость, аффективная напряженность могут неожиданно возобладать над моторной заторможенностью и привести больных к совершению внезапных действий, в том числе и агрессивных. Возможны разнообразные длительные сенестопатии, способствующие развитию ипохондрического бреда или бредовых идей физического воздействия. Бредовые идеи у больных все же редки. Как и другие психические расстройства, они бывают застывшими, однообразными, не склонны к дальнейшему развитию. Это отличает их от бредовых идей при шизофрении. В хронической стадии эпидемического энцефалита могут возникнуть реактивные состояния (чаще истерические и депрессивные) в связи с угнетающей обездвиженностью и беспомощностью больных, а также в результате психических травм (следствие, судебно-психиатрическая экспертиза и др.). Возможна аггравация и симуляция.

После эпидемического энцефалита, перенесенного в детском возрасте, возможно развитие глубокого слабоумия. Значительно чаще у детей и подростков, перенесших эпидемический энцефалит, наблюдаются психопатоподобные расстройства с двигательной расторможенностью. Для нее характерны психопатоподобные состояния с чрезмерной подвижностью, усилением влечений (пищевое, сексуальное) с агрессивностью, жестокостью, крайней навязчивостью, иногда сочетанием упрямства и повышенной внушаемости. Это делает больных чрезвычайно трудными для обслуживания даже в условиях психиатрической больницы.

Другие вирусные (сезонные) энцефалиты. Помимо эпидемического энцефалита, известен ряд вирусных энцефалитов, возникающих преимущественно в определенное время года и поэтому названных сезонными. Наиболее известны и изучены весенне-летний (клещевой) энцефалит и японский летне-осенний, комариный энцефалит.

Клещевой энцефалит в нашей стране встречается главным образом в таежных районах Дальнего Востока, Сибири и Урала. Острая стадия клещевого энцефалита сопровождается

различными расстройствами сознания (делирий, сумеречные состояния, различные степени оглушенности). В хронической стадии могут развиваться галлюцинаторно-параноидные состояния с бредовыми идеями преследования, отравления, зрительными и слуховыми галлюцинациями, наблюдаются депрессивно-параноидные расстройства. Часты эмоциональные нарушения в виде тоскливости или повышенного настроения с расторможенностью, напоминающие циклотимические фазы циркулярного психоза, но отличающиеся от них неврологическими расстройствами, психической истощаемостью, органической природой изменений интеллекта и памяти. В ряде случаев наблюдается прогредиентное течение с развитием глубокого слабоумия, кожевниковской эпилепсии.

Японский энцефалит в Советском Союзе встречается в основном на Дальнем Востоке. Острая стадия характеризуется общемозговыми и менингеальными симптомами. Развиваются расстройства сознания, двигательное возбуждение, возможны галлюцинаторно-параноидный, депрессивный, корсаковский синдромы. В периоде выздоровления бывают астенические состояния со склонностью к затяжному течению. Для хронического периода характерно развитие органической деменции. На фоне деменции могут возникать эпизодические галлюцинаторно-бредовые шизофреноподобные состояния, связь которых с перенесенной инфекцией подтверждают данные анамнеза, кратковременность и обратимость психотических расстройств, симптомы органического поражения головного мозга.

Лечение энцефалитов сводится прежде всего к лечению основного заболевания.

В острой стадии клещевого энцефалита рекомендуется введение сыворотки реконвалесцента, гипериммунной лошадиной сыворотки, применяются сердечные средства, транквилизаторы, внутривенное введение изотонического раствора, гипосульфита. Психические расстройства в периоде реконвалесценции или в хронической стадии требуют более дифференцированной терапии психотропными препаратами (аминазин, тизерцин и др.), витаминами (витамины группы B, C, никотиновая кислота). В хронической стадии эпидемического энцефалита назначают препараты белладонны в комбинации с антигистаминными препаратами.

Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическое значение острой стадии энцефалитов невелико. Экспертиза у больных с последствиями энцефалитов представляет определенные трудности, особенно при незначитель-

ных неврологических симптомах и психопатоподобных состояниях.

Небольшое снижение интеллекта и критическое отношение к своему состоянию, сложившейся ситуации, незначительность изменений эмоциональной и волевой сфер, позволяющие управлять своим поведением, определяют заключение о вменяемости таких лиц.

Обследуемый К., 1945 г. рождения, подсобный рабочий, обвиняется в хищении овощей из магазина.

В возрасте 3 лет перенес паротит и скарлатину в тяжелой форме, после чего отставал в психическом развитии. Окончил 4 класса вспомогательной школы. В 15 лет в связи с неправильным поведением (систематически угрожал ножом детям, выходившим из школы) был помещен в детское отделение психоневрологической больницы. В возрасте 21 года установлена III группа инвалидности. Женился в возрасте 21 года: вместе с женой живет у матери. По словам матери, дома груб, нецензурно бранится, легко обижается, раздражается. Систематически употребляет спиртные напитки, не опохмеляется. Во время следствия К. подробно рассказал о правонарушении, но утверждал, что совершить кражу его заставил приятель, угрожавший в случае отказа «зарезать».

При обследовании К. в Институте судебной психиатрии имени В. П. Сербского со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

При неврологическом обследовании отмечена слабость конвергенции слева, сглаженность правой носогубной складки. Язык при высовывании отклоняется влево.

К. ориентирован в окружающем правильно, охотно вступает в беседу. Сведения о себе сообщает достаточно полно, несколько путает даты важнейших событий своей жизни, ссылается при этом на плохую память. Когда начинается врачебный обход, демонстративно ложится в постель, заявляя, что у него болит голова, просит назначить ему снотворное, так как плохо спит из-за беспокойства о родных. С другими обследуемыми в меру общителен. Иногда принимал участие в групповых нарушениях режима отделения. На замечания раздражался, грубил, начинал затягивать шею полотенцем, угрожая самоубийством. В последующем просил прощения за свое поведение. Запас знаний в основном ограничен практическими вопросами, в которых проявляет достаточную ориентировку. Суждения несколько поверхностные. Цель направления на судебно-психиатрическую экспертизу понимает, беспокоится о своей судьбе.

Заключение: у К. обнаруживаются остаточные явления параинфекционного энцефалита с психопатоподобным синдромом и некоторой интеллектуальной ограниченностью; психические изменения не столь значительны, чтобы К. не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими; вменяем.

Особую общественную опасность представляют больные с резидуальными состояниями, у которых при незначительном снижении интеллекта возникает столь выраженная расторможенность влечений (в частности сексуального), приобретающих импульсивный характер, что правонарушитель признается невменяемым, поскольку способность руководить своими действиями отсут-

ствует. В большинстве случаев более тяжелые последствия энцефалитов с глубокими интеллектуальными расстройствами параллельно сопровождаются и расстройствами влечений в особенно грубой, обнаженной форме, что обычно не оставляет сомнений в невменяемости больных. Определенные экспертные трудности возникают при обследовании лиц с часто наблюдающимися после инфекционных заболеваний астеническими состояниями с адинамией, склонных к декомпенсации под влиянием психотравмирующей ситуации. При затяжных и частых декомпенсациях подследственные подпадают под действие части 2 ст. 11 УК РСФСР, а в отношении осужденных возможно применение ст. 362 УПК РСФСР, согласно которой такие лица освобождаются от дальнейшего отбывания наказания.

Галлюцинаторно-бредовые и другие психотические состояния, патологическое развитие с глубокими изменениями личности и утратой критики, возникшие в связи с энцефалитами, приводят к невменяемости больных. Развивающееся при эпидемическом энцефалите глубокое слабоумие безусловно заставляют признать больного невменяемым. Вопрос о дееспособности таких лиц сложен в связи с большим разнообразием остаточных психических изменений.

Критерии дееспособности лиц, перенесших энцефалит, в значительной степени совпадают с критериями вменяемости.

Литература

Алимов Х. А. Клиника психопатоподобных состояний после инфекционных менинго-энцефалитов и их судебно-психиатрическая оценка. Ташкент, Государственное мед. изд. Мин. здравоохр. Узбекской ССР, 1959, 116 с.
Боревская П. И. Реактивные состояния при эпидемическом энцефалите.— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. В. IV. М., 1944, с. 155—175.
Детенгоф Ф. Ф. Психозы и психические изменения при эпидемическом энцефалите. Ташкент, Госиздат УзССР, 1960, 328 с.
Лукомский И. И. Психические изменения при клещевом энцефалите. М., Изд-во АМН СССР, 1948, 96 с.
Михеев В. В. Нейроревматизм. М., Медгиз, 1960, 251 с.
Молохов А. Н. Малярийные невро-психические расстройства. Кишинев, Государственное издательство Молдавии, 1953, 151 с.
Фрейеров О. Е. К вопросу о судебно-психиатрической оценке при клещевом энцефалите.—«Невропатол. и психиатр.», 1949, т. XVIII, в. I, с. 41—44.

Ewald G. Psychosen bei akuten Infection, bei Allgemeinleiden und bei Erkrankung innerer Organe. Handbuch der Geisteskrankheiten v. O. Bumke. B. VIII, spezieller Teil III. Berlin, 1928, S. 14—86.
Müller I. Rheumatismus als Ursache von symptomatischen Psychosen. München, 1969, 12 S.

Глава 20

Сифилитические заболевания головного мозга

Психические нарушения сифилитического происхождения подразделяют на собственно сифилис мозга в различных его проявлениях и прогрессивный паралич. Оба заболевания характеризуются прогредиентностью течения. Прогрессивный паралич имеет более злокачественное течение и худший прогноз в отношении жизни, поскольку в нелеченых случаях обычно приводит к летальному исходу через 3—4 года от начала заболевания.

Сифилис мозга

Сифилис мозга относится к ранним формам нейросифилиса. При сифилисе мозга преимущественно поражаются мозговые оболочки и сосуды мозга. Сифилис мозга развивается через несколько месяцев, чаще через 5—6 лет после заражения сифилисом. Общепринятой классификации клинических форм сифилиса мозга нет. Существенные особенности выделяемых большинством авторов форм сифилиса головного мозга отражены в их названиях: неврастеническая, менингеальная, гуммозная, галлюцинаторно-параноидная, эпилептиформная, апоплектиформная, псевдопаралитическая.

Несмотря на многообразие психопатологических расстройств, все формы сифилиса мозга объединяют прогредиентное течение и деградация органического типа. Развивающееся слабоумие близко к дисмнестическому слабоумию, ослабление памяти обычно распространяется на все периоды жизни больного. Индивидуальные особенности личности нерезко нивелируются. Долго сохраняется относительно критическое отношение к своему состоянию. Могут наблюдаться обусловленные специфическим поражением головного мозга стойкие астено-ипохондрические состояния, истерические реакции без существенного интеллектуального дефекта и нарушений памяти, но склонные к временному психогенному усилению в условиях следствия, судебно-психиатрической экспертизы или отбывания наказания. Врожденный сифилис является одной из частых причин олигофрении; слабоумие различной степени при этом обычно сочетается с судорожными проявлениями и соответствующими соматическими и неврологическими признаками.

Профилактика нейросифилиса состоит в ранней диагностике и энергичном комплексном лечении свежих форм сифилиса. Для лечения нейросифилиса назначают внутримышечные инъекции пенициллина, препаратов тяжелых металлов (бийохинол, бисмоверол) в комбинации с пиротерапией (пирогенал, сульфозин и др.). Лечение проводится курсами (6—8), перерывы между которыми не должны превышать 1—$1^1/_2$ мес. Не рекомендуется применять пенициллин одновременно с препаратами, содержащими йод (бийохинол и др.).

Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическая оценка состояния больного сифилисом мозга в связи с многообразием и различной выраженностью возможных расстройств психики не может определяться лишь диагнозом заболевания. В начальных стадиях сифилиса мозга даже при несущественных психических и неврологических расстройствах с изменениями ликвора и крови, несмотря на настойчивое противосифилитическое лечение, обследуемые в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР направляются на лечение в психоневрологическую больницу. После нормализации ликвора и крови без дальнейшего углубления психических нарушений больной признается вменяемым; в заключении указывают на необходимость врачебного наблюдения. На судебно-психиатрическую экспертизу направляют преимущественно леченых больных с незначительными психическими расстройствами. Такие больные критически относятся к своему состоянию и сложившейся ситуации, сохраняют профессиональные знания и навыки, вследствие чего вменяемы, а осужденные не подпадают под действие ст. 362 УПК РСФСР.

Обследуемый Г., 1937 г. рождения, столяр, обвиняется в ограблении. Из перенесенных заболеваний указывает на корь, грипп и пневмонию.

В возрасте 27 лет при обследовании в поликлинике у Г. была обнаружена положительная реакция Вассермана в крови, в связи с чем Г. был госпитализирован в стационар кожно-венерологического диспансера, где получил курс лечения бийохинолом и был выписан с диагнозом: поздний сифилитический асимптомный менингит. Продолжал работать. Примерно через год начал замечать у себя раздражительность, забывчивость, ухудшение памяти, периодические головные боли; стал быстрее утомляться. Систематически получал специфическое лечение, после чего состояние улучшалось. К психиатру не обращался. Сменил за это время несколько мест работы, стал употреблять спиртные напитки. Правонарушение совершил в возрасте 30 лет. Вместе со своим приятелем поздно вечером у прохожего отобрал часы и пиджак. В материалах уголовного дела нет ука-

заний на наличие у Г. каких-либо психотических расстройств в момент совершения правонарушения.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского у Г. обнаружены бледность кожных покровов, несколько пониженное питание. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст.

При неврологическом обследовании установлена вялая реакция зрачков на свет; правая носогубная складка сглажена. Язык при высовывании слегка отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы справа выше.

В спинномозговой жидкости белка 0,33‰, цитоз 6/3. Реакция Нонне — Апельта слабо положительная, реакция Вейхбродта отрицательная. Реакция Ланге 1233100000. Реакция Вассермана в крови отрицательная, в ликворе — положительная.

Сознание ясное, ориентирован в окружающем правильно. Понимает цель направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Сведения о себе сообщает охотно, последовательно. Отвечая на вопросы, относящиеся к правонарушению, Г. активно защищается, стремится доказать, что в то время был болен и недостаточно осознавал свои действия. В то же время говорит, что он только хотел оказать помощь человеку, находившемуся в нетрезвом состоянии, но тут же был задержан. В отделении много времени проводит за чтением художественной литературы. В обращении с персоналом несколько высокомерен, иногда по незначительному поводу бывает раздражителен, груб. Озабочен своей дальнейшей судьбой, интересуется возможным заключением экспертной комиссии. Бреда, галлюцинаций и других психотических расстройств нет. Отмечается незначительное снижение памяти. Критика к своему состоянию и сложившейся ситуации сохранена.

Заключение: у Г. обнаруживается сифилис мозга с незначительными изменениями со стороны психики, выражающимися в некоторой эмоциональной неустойчивости и снижении памяти. Глубина указанных изменений психики у Г. не настолько велика, чтобы он не мог отдавать себе отчета в своих действиях и руководить ими; вменяем. Рекомендуется противосифилитическое лечение под наблюдением невропатолога.

При глубоком слабоумии (состояния апоплектиформного, эпилептиформного сифилиса, псевдопаралитическая форма), психотических состояниях (галлюцинаторно-параноидная форма и др.) больные невменяемы. Если сифилис мозга возникает после совершения правонарушения и отличается злокачественно-прогредиентным течением с быстрым нарастанием психического дефекта, несмотря на своевременно начатое и энергичное лечение, то возникает вопрос о невозможности правонарушителя предстать перед следствием и судом в соответствии с ч. 2 11 УК РСФСР, а осужденного — отбывать наказание согласно ст. 362 УПК РСФСР.

Клиника прогрессивного паралича отличается нарастанием психических и соматических расстройств. Психические нарушения в основном сводятся к прогрессирующему слабоумию, которое с самого начала заболевания сопровождается утратой критики, непониманием тонких социальных взаимоотношений и достигает тяжелой степени.

Судебно-психиатрическая оценка состояния нелеченых больных прогрессивным параличом не вызывает трудностей, особенно когда больной имеет выраженные симптомы болезни и диагноз не вызывает затруднений. Больные прогрессивным параличом в этих случаях невменяемы.

Литература

Гаркави Н. Л. О вариантах сифилитических психозов с «паралитическим» ликвором и их диагностика.— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. В. VIII. М., Госюриздат, 1959, с. 573—589.

Гиляровский В. А. Введение в анатомическое изучение психозов. М.—Л., Государственное изд-во, 1925, 288 с.

Гордова Т. Н. Клиника и течение прогрессивного паралича, леченного малярией. М., Медгиз, 1959, 128 с.

Цуцульковская М. Я. Клиника и судебно-психиатрическая оценка ранних форм сифилиса мозга.— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. В. VII. М., Госюриздат, 1957, с. 255—267.

Bostroem A. Die Luespsychosen Handbuch der Geisteskrankheiten von O. Bumke. Berlin, 1930, B. VIII, Teil IV, S. 70—144.

Bostroem A. Die progressive Paralyse (Klinik). Handbuch der Geisteskrankheiten von O. Bumke. B. VIII, Teil IV. Berlin, 1930, S. 147—307.

Zeh W. Progressive Paralyse. Verlaufs- und Korrelationsstudien. Stuttgart, 1964, 199 S.

Глава 21

Сосудистые заболевания головного мозга

В Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского обследуемые с сосудистыми заболеваниями головного мозга составляют около 3% от общего числа поступивших на экспертизу.

Атеросклероз — самостоятельное общее заболевание с хроническим течением, возникающее преимущественно у лиц пожилого возраста (50—55 лет), хотя может начаться и в более молодом возрасте. При этом заболевании нарушается липоидный обмен и на внутренней стенке артерий откладываются липоиды, что сопровождается реактивным разрастанием соединительной ткани с последующим утолщением артериальной стенки и умельшением просвета сосудов. Вследствие атеросклеротических изменений наступают атрофия коры головного мозга, утолщение и помутнение мягкой мозговой оболочки и расширение боковых желудочков. Погибшие нервные клетки замещаются глиозной тканью.

Атеросклероз головного мозга проходит стадии, свойственные общему атеросклерозу, которые в классификации А. Л. Мясни-

кова (1960) определены как ишемическая с обратимыми дистрофическими изменениями в органах, тромбо-некротическая с деструктивными изменениями и фиброзно-атеросклеротическая.

Согласно этой классификации, в клинике мозгового атеросклероза различают 3 стадии заболевания с определенными психопатологическими особенностями. Ранней стадии свойственна неврозоподобная симптоматика, проявляющаяся снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, раздражительностью, слезливостью. У этих больных немного снижена память на текущие события, отмечаются рассеянность, истощаемость при психическом напряжении, а также плохой сон или сонливость, головные боли, головокружения. Иногда в этот период появляются более или менее выраженные расстройства настроения с преобладанием депрессивных компонентов, суицидальными мыслями и намерениями. Особенностью начальных стадий атеросклероза головного мозга можно назвать заострение свойственных больным черт характера. В прошлом ранимые и сенситивные люди становятся настороженными и подозрительными, возбудимые — конфликтными и неуживчивыми, беспечные — еще более легкомысленными, экономные — скупыми и тревожными, гиперактивные и стеничные — склонными к образованию сверхценных представлений.

Клинические разновидности атеросклеротической неврастении отличаются друг от друга теми наслоениями, которые примешиваются к основному синдрому. Это неврастенический синдром с ипохондрическими включениями, когда появляются преувеличенные опасения за свое здоровье в форме навязчивых и сверхценных представлений, или атеросклеротическая неврастения со склонностью к истерическим реакциям. В клинической картине такой неврастении преобладают эксплозивность, театральность, истерические реакции на любые травмирующие переживания. Интенсивность собственно сосудистой и неврозоподобной симптоматики в этой стадии заболевания нарастает после переутомления, соматических заболеваний и значительного эмоционального напряжения. Наряду с периодами ухудшения бывают и состояния компенсации, близкие к практическому выздоровлению. Соматоневрологическая симптоматика в этом периоде заболевания мало выражена.

По мере нарастания общих атеросклеротических изменений в сосудах заболевание переходит во вторую стадию, при которой отмечаются более стойкие и глубокие органические изменения психики, по данным ряда авторов, составляющие картину атеросклеротической энцефалопатии. В клинической практике встречаются две формы атеросклеротической энцефалопатии: с преобла-

данием поражения сосудов подкорковой области головного мозга, что выражается амиостатическим и паркинсоновским синдромами, и с преимущественными нарушениями в сосудах коры. Последняя форма проявляется различными психопатологическими синдромами, среди которых основное место занимают органические изменения психической деятельности с глубокой астенией и интеллектуальными нарушениями.

При внешней сохранности личности (формы поведения, автоматизированные навыки, обычные суждения) обнаруживаются значительное снижение памяти на текущие события, расстройство внимания, его неустойчивость. Существенное значение в структуре этого вида деменции имеет повышенная утомляемость и быстрая психическая истощаемость. Нарушенными оказываются и суждения больных. Правильно оценивая ряд реальных жизненных вопросов, они не могут понять абстрактный смысл, не улавливают главного и второстепенного, в результате чего их высказывания изобилуют ненужными подробностями. Наступает своеобразное нарушение критики, когда тонкий учет сложной ситуации невозможен, но нередко правильно оцениваются конкретные обстоятельства. Указанные особенности слабоумия иногда позволяют больным приспособиться к определенным условиям жизни. Однако в новой, сложной, особенно психотравмирующей ситуации они оказываются несостоятельными, отчетливо обнаруживая дефект интеллектуальных функций. Клиническая картина атеросклероза головного мозга на данном этапе всегда сопровождается теми или иными эмоциональными расстройствами. На более ранних этапах преобладает неустойчивое настроение с депрессивным фоном, в структуре которого отмечаются элементы личностной реакции на нарастающий психический дефект. В более поздних стадиях иногда возникает благодушие, приподнятое настроение, сочетающееся с раздражительностью и гневливостью. Эйфорический фон настроения обычно соответствует более глубокому слабоумию. Данные состояния считают псевдопаралитической формой атеросклеротического слабоумия, которое, помимо эйфории и грубых мнестических расстройств, проявляется неправильным поведением с утратой привычных форм реакций и изменением личностных особенностей.

Во второй стадии атеросклероза головного мозга у всех больных появляются органические неврологические знаки, вестибулярные нарушения, патология сосудов глазного дна, признаки общего и коронарного атеросклероза. Нередко возникают эпилептиформные припадки (С. И. Коган, 1940; Е. С. Ремизова, 1960).

Клиническая картина этого периода заболевания устойчивая, малоподвижная, ухудшения состояния, связанные с внешними

факторами, становятся более глубокими, улучшения, если и наступают, то с выявлением органического дефекта психических функций. Течение заболевания во второй стадии, как правило, сохраняет медленно-прогредиентную форму, однако в некоторых случаях возникают признаки острой недостаточности мозгового кровообращения. После церебральных сосудистых кризов и инсультов нередко развивается постапоплектическое слабоумие, при котором личностные реакции подавляются очаговой симптоматикой (К. А. Овчинникова, 1951). Следует отметить отсутствие четкого параллелизма между выраженностью неврологических расстройств в постинсультном состоянии и глубиной наступивших психических изменений.

Этому периоду заболевания свойственны и острые нарушения психической деятельности. Среди них большинство авторов отмечают остро возникшие нарушения сознания (Н. И. Озерецкий, 1947; Е. С. Авербух, 1969). Чаще всего это состояния оглушенности, возникающие при гипертонических кризах, реже делириозные и сумеречные помрачения сознания.

Третья стадия атеросклероза головного мозга характеризуется прогрессирующим нарастанием недостаточности кровоснабжения мозга с выявлением деструктивно-атрофических изменений и проявляется более глубокими психопатологическими нарушениями, признаками выраженной деменции.

В этой стадии всегда выражена неврологическая симптоматика, отражающая очаговую локализацию поражения. Отмечаются остаточные явления перенесенных инсультов с нарушениями речи и двигательной сферы и явления общего универсального атеросклероза. Психические нарушения в третьей стадии атеросклероза головного мозга выражены достаточно четко. Изменяется восприятие, которое становится замедленным и фрагментарным, усиливается психическая истощаемость, резко выступают мнестические нарушения. Появляются недержание аффекта, элементы насильственного плача и смеха, тускнеют эмоциональные реакции. Речь становится маловыразительной, бледной, с элементами аграмматизмов и персевераций, нарушается критика. Однако и при выраженном атеросклеротическом слабоумии возможна сохранность некоторых внешних форм поведения.

Атеросклерозу головного мозга свойственны и психотические состояния с определенными закономерностями, зависящими от внешних факторов и выраженности атеросклеротических изменений соответственно стадиям этого заболевания. В клинике встречаются психогенно и соматогенно обусловленные состояния декомпенсации, острые аффективно-личностные реакции, а также реактивные состояния и атеросклеротические психозы.

В судебно-психиатрической практике, в психотравмирующей ситуации, у больных мозговыми формами атеросклероза сравнительно часто бывают временные ухудшения психического и общесоматического состояния, которые обычно квалифицируют как состояние декомпенсации. В одних случаях декомпенсация выражается в обострении неврологических органических симптомов, в других — в углублении интеллектуальных нарушений и аффективных расстройств. Явления декомпенсации, как правило, возникают у больных с начальными проявлениями атеросклеротических нарушений или на ранних этапах второй стадии заболевания, на фоне незначительного интеллектуально-мнестического снижения. Декомпенсация приводит к увеличению субъективных жалоб на плохое самочувствие, усилению истощаемости, эмоциональной лабильности, в психотравмирующей ситуации больные обнаруживают растерянность, значительное снижение памяти, непонимание происходящего вокруг, что создает впечатление значительно большей глубины психических нарушений, обусловленных сосудистым заболеванием. Такое своеобразное заострение и утяжеление аффективных расстройств и интеллектуальных нарушений в дальнейшем, по мере компенсации состояния, сглаживается. На фоне атеросклероза головного мозга иногда возникают патологические реакции типа аффективно-личностных, которые внешне сходны с декомпенсациями у психопатических личностей и эндоформными депрессиями (М. С. Розова, 1972). При таких реакциях значительную роль играют преморбидные качества личности. После психотравмирующих воздействий появляются эффективная напряженность, возбудимость, вспыльчивость, склонность к истерическим реакциям, а также ипохондрическое состояние и отдельные паранойяльные включения.

По данным ряда авторов (А. Н. Бунеев, 1930; Т. А. Гейер, 1930; П. Б. Ганнушкин, 1933), начальные формы атеросклероза нередко сопровождаются усилением и заострением аномальных личностных особенностей. Помимо свойственных ранее черт характера, у больных по мере развития сосудистой церебральной недостаточности выявляется торпидность аффективных реакций, склонность к депрессивно окрашенным переживаниям наряду с фиксированностью эмоций на психотравмирующих обстоятельствах. Это служит основой для паранойяльных реакций и развитий личности с сутяжно-паранойяльными синдромами, а также развитий с идеями ревности, реформаторства и изобретательства.

Клинические особенности атеросклероза головного мозга нередко служат благоприятной почвой для развития реактивных состояний. Существует определенная корреляция между степенью сохранности личности больного сосудистым заболе-

ванием и клиническими проявлениями и глубиной реактивных состояний (Н. И. Фелинская, 1966). Реактивные состояния у больных атеросклерозом головного мозга возникают чаще в первой и реже во второй стадии заболевания и выражаются в псевдодементно-конфабуляторных, пуэрильно-амнестических, психогенно-аментивных, ступорозных, депрессивных и параноидных синдромах. Предпочтительными являются депрессивные и параноидные реакции. В структуре реактивно-бредовых синдромов большая роль принадлежит ложным воспоминаниям с преобладанием идей преследования, ущерба, ревности, а также «мелкий масштаб» содержания бредовых построений. При выраженных атеросклеротических и соматических нарушениях в оформлении реактивного параноида приобретают определенное значение и прошлые психогении, которые в новой ситуации актуализируются. Такое ретроспективное искажение действительности является предпосылкой для конфабуляторной структуры бредовых идей (С. Г. Жислин, 1960). Истерические формы реактивных состояний у таких больных чаще проявляются в виде псевдодементно-конфабуляторных и пуэрильно-амнестических синдромов, в клинических проявлениях которых отражаются черты патологически измененной почвы.

Со времени описания С. А. Сухановым и И. Н. Введенским (1904) атеросклеротических психозов их структура и клинические границы остаются спорными. Stern (1955), Kehrer (1959) относят их к группе экзогенных органических заболеваний, Mayer-Gross (1955) расценивает эти психозы как «функциональные» психозы позднего возраста. Отечественные психиатры (Е. С. Авербух, 1950; С. Г. Жислин, 1960; Э. Я. Штейнберг, 1969, и др.) выделяют сосудистые психозы среди хронически протекающих заболеваний. Наибольшее значение в судебно-психиатрической практике имеют галлюцинаторно-параноидные и депрессивно-параноидные синдромы, возникающие у больных атеросклерозом головного мозга.

У больных галлюцинаторно-параноидным синдромом появлению паранойяльных расстройств, которые обычно наблюдаются в дебюте заболевания, предшествуют стойкие энцефалопатические нарушения, выражащиеся усугублением конституциональных черт характера, упорными толовными болями, астеническими проявлениями и признаками некоторого интеллектуального оскудения. По мере прогрессирования заболевания паранойяльный синдром расширяется, присоединяются идеи отравления и колдовства с патологическим толкованием реальных соматических ощущений.

Дальнейшее течение заболевания характеризуется развитием истинных вербальных галлюцинаций, иногда оскорбляющих и уг-

рожающих. В некоторых случаях атеросклеротический психоз может дебютировать остро, с галлюцинаторно-параноидных расстройств с присоединением в дальнейшем компонентов ассоциативного и сенестопатического автоматизма. Психопатологическая симптоматика нередко бывает «мерцающей».

Психозы, свойственные больным атеросклерозом головного мозга, могут протекать с депрессивно-параноидными синдромами. Начало заболевания в этих случаях нередко совпадает с действием дополнительных соматических и психических вредностей. В этот период, как правило, наблюдается отчетливое обострение сосудистого церебрального заболевания.

В структуре депрессивно-бредового синдрома наиболее выражены аффективные нарушения, бредовые расстройства отличаются отрывочностью, отсутствием систематизации, конкретностью, «малым размахом». Депрессивные бредовые идеи могут достигать степени бреда Котара.

Течение и прогноз атеросклеротических психозов в большой степени определяется прогредиентностью церебрального атеросклероза.

Дифференциальный диагноз. Начальные проявления атеросклероза головного мозга с преобладанием неврастенической симптоматики следует отличать от обычной неврастении, неврозов и легких форм реактивных состояний. Внешнее сходство этих заболеваний состоит в динамичности патологических проявлений и связи с психогенными факторами. Атеросклеротическую неврастению от сходных состояний отличают неврологическая симптоматика с очаговыми нарушениями, некоторое снижение интеллектуально-мнестических функций, а также утомляемость, медлительность, элементы слабодушия, относительная устойчивость болезненных явлений. Правильной диагностике помогает изучение состояния больных до воздействия психотравмирующих факторов.

Психические изменения, свойственные второй стадии атеросклероза головного мозга, такие, как сосудистая энцефалопатия, нередко трудно отличить от последствий травмы головного мозга и сифилиса мозга. Посттравматические нарушения психики и атеросклероза головного мозга различают по возрасту больных, указаниям в анамнезе на черепно-мозговую травму и ее тяжесть. Ведущие признаки при травмах черепа: обильная вегетативная симптоматика, отсутствие лабильности артериального давления и указаний на дисциркуляторные нарушения, а также относительная сохранность интеллектуально-мнестических функций. В судебно-психиатрической практике определенное значение имеют случаи сочетания атеросклероза и травм черепа. При

отграничении психических нарушений, свойственных атеросклерозу головного мозга, от сифилитических заболеваний центральной нервной системы диагностическое значение имеют серологические реакции в крови и спинномозговой жидкости и специфические неврологические симптомы, свойственные сосудистым формам сифилиса мозга.

При разграничении атеросклеротических и старческих (атрофические) психозов важно учитывать изменения личности, предшествующие манифестации психоза. Перед возникновением продуктивных расстройств при старческих психозах отмечается «сдвиг» с резкими изменениями личности больного. Сосудистые психозы развиваются на фоне неглубоких дисмнестических и интеллектуальных расстройств. При старческих психозах в этом периоде выявляется прогрессирующее снижение интеллекта, рано наступает расстройство критики с растормаживанием влечений; возникновение психоза не зависит от нарушений мозгового кровообращения.

При деменции, свойственной больным атеросклерозом головного мозга, как правило, сохраняется частичное понимание своей измененности. При сенильно-атрофической деменции развивается прогрессирующая амнезия со сдвигом ситуации в прошлое и обильными конфабуляциями, расстройствами критики. Бредовые формы сосудистых психозов следует отличать от шизофрении, манифестирующей в пожилом возрасте.

Гипертоническая болезнь впервые была описана в конце прошлого столетия и долго считалась одним из проявлений атеросклероза. Вопросы этиопатогенеза гипертонической болезни до настоящего времени остаются недостаточно ясными. По мнению Г. Ф. Ланга (1948), основной причиной данного заболевания являются психическая травма и эмоциональное перенапряжение, приводящие к образованию очагов застойного возбуждения в центрах иннервации сосудистой системы. Застойное возбуждение в подбугровой области активизирует повышенное выделение гипофизарно-надпочечниковых гормонов прессорного действия и усиливает деятельность некоторых отделов симпатической нервной системы.

Кроме нейрогуморальных факторов, в этиологии гипертонической болезни определенную роль играют наследственное предрасположение, возраст, алиментарная дистрофия, черепно-мозговые травмы и ряд других причин. При гипертонической болезни психические нарушения могут быть как преходящими, так и стойкими. Условно выявляют три стадии гипертонической болезни: функциональную, склеротическую и терминальную, между которыми возможны и переходные состояния.

Функциональная стадия гипертонической болезни характеризуется возникновением неврастенических симптомокомплексов и сочетанием их с небольшими проявлениями астении. В этой стадии отмечается ряд соматических расстройств, к числу которых относятся транзиторное повышение артериального давления, периодические неприятные ощущения в области сердца, покалывания, легкие стенокардические приступы.

Во второй, склеротической, стадии гипертонической болезни артериальное давление устанавливается на высоких цифрах. Имея наклонность к колебаниям, оно обычно не снижается до нормальных цифр. Наступают анатомические изменения сердечной мышцы, артериол почек и мозга. Особенностью склеротической стадии гипертонической болезни является склонность к сосудистым спазмам, что проявляется эпизодически возникающими головокружениями, иногда с кратковременными нарушениями типа абсансов, обморочными состояниями, преходящими парезами и парафазией, расстройствами речи, онемением конечностей. По клинической картине такие пароксизмальные состояния внешне напоминают предынсультные периоды, но отличаются от последних кратковременностью, тенденцией к обратному развитию без существенных остаточных изменений в неврологической и психической сферах.

При злокачественном течении заболевания, длящегося несколько лет, иногда на высоте гипертонического криза возникают онейроидные (сноподобные) состояния сознания с яркими, грезоподобными, фантастическими, бредоподобными галлюцинациями, дезориентировкой в окружающей обстановке, психомоторным возбуждением. Онейроиды протекают благоприятно, по мере снижения артериального давления психопатологические нарушения подвергаются обратному развитию. Делириозные состояния, свойственные гипертонической болезни, характеризуются бредовыми идеями, слуховыми и зрительными сценоподобными галлюцинациями, сопровождающимися аффектом страха, тревоги, двигательным возбуждением. Такие состояния длятся несколько дней и также обнаруживают определенную зависимость от клинической выраженности гипертонической болезни.

Иногда встречается сочетание гипертонической болезни с хроническим алкоголизмом. В ряде случаев алкогольное опьянение может провоцировать нарушения, которые по своей структуре приближаются к сумеречным помрачениям сознания. Клиническая картина этих состояний выражается в нарушенной ориентировке, ложных узнаваниях, страхе, отрывочных галлюцинациях и бреде. В структуре этих состояний могут присутствовать физические признаки опьянения. Психотическое состояние заканчивается

критически с последующим глубоким терминальным сном. Воспоминания о перенесенном или полностью отсутствуют, или весьма отрывочны.

В третьей — **т е р м и н а л ь н о й** — стадии гипертонической болезни нарушения напоминают атеросклероз головного мозга. В психотравмирующей ситуации на фоне гипертонической болезни первой и второй стадии легко возникают реактивные состояния, которые выражаются преимущественно депрессивными синдромами (астено-депрессивный, истерическая депрессия, депрессивно-параноидный). По частоте преобладает истерическая депрессия, особенно при сочетании гипертонической болезни с климаксом.

Гипотоническую болезнь в последние годы ряд авторов выделяют как самостоятельное заболевание. Помимо нейроциркуляторной, описана вторичная гипотония, которую отличают от стойкого медикаментозного понижения артериального давления. Артериальная гипотония может не сопровождаться какими-либо психическими нарушениями. Если появляются определенные психопатологические нарушения, они обнаруживают большое сходство с симптомами, свойственными гипертонической болезни. Несколько своеобразно протекают гипотонические кризы с кратковременными приступами сонливости. Возможны периодические вазомоторные расстройства по типу обморочных состояний и даже гипотонических инсультов. Некоторые авторы выделяют неврастеническую, фобическую и эмоционально-лабильную, или псевдоистерическую, формы неврозоподобных состояний при гипотонии.

Судебно-психиатрическая оценка. В судебно-психиатрической практике сосудистые заболевания головного мозга встречаются сравнительно часто, и их экспертная оценка вызывает в ряде случаев значительные трудности. Лица с начальной стадией атеросклероза головного мозга и гипертонической болезнью с явлениями легкой астении, рассеянной неврологической симптоматикой и невротическими проявлениями различной структуры вменяемы, так как эти изменения не лишают их возможности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Следует учитывать склонность таких больных в психотравмирующей ситуации к декомпенсации с усилением свойственных им аффективных и интеллектуально-мнестических нарушений. Такая декомпенсация бывает временной, вполне обратимой. Обследуемых помещают для лечения в психиатрические больницы; заключение о вменяемости не выносят. Декомпенсация нередко повторяется при возобновлении психотравмирующей ситуации. Повторные декомпенсации, как правило, склонны к более про-

трагированному течению и приближаются по своим проявлениям к затяжным реактивным состояниям. Частые декомпенсации с затяжным течением являются признаками глубоких сосудистых нарушений, поэтому, признавая обследуемых вменяемыми в отношении совершенных деяний, есть основания применять к ним ч. 2 ст. 11 Основ и направлять их на принудительное лечение в психиатрические больницы.

При реактивных состояниях у больных атеросклерозом головного мозга и гипертонической болезнью в целях уточнения изменений психики, свойственных собственно атеросклерозу головного мозга или гипертонической болезни, целесообразно решать вопрос о вменяемости по миновании реактивного состояния.

Трудно составить мнение о вменяемости больных с интеллектуально-мнестическими нарушениями. Сохранность при атеросклеротическом слабоумии внешних форм поведения и выработанных в течение жизни навыков нередко затрудняет определение глубины наступивших изменений. Следует различать медленно развивающиеся формы слабоумия и слабоумие, возникающее сравнительно остро в постинсультном периоде. Для определения глубины изменений при постепенно развивающемся атеросклерозе значение имеют не только интеллектуально-мнестические нарушения, астенические проявления, но и нарушения аффективной сферы, изменения всей структуры личности.

Слабоумие после перенесенного инсульта обычно имеет некоторые отличительные черты. В клинической картине таких состояний, помимо интеллектуально-мнестических и аффективных расстройств, имеются элементы моторной, сенсорной и амнестической афазии, из-за чего нарушается контакт больного с внешним миром. Больной не только не может выразить свои мысли, но и испытывать нарушения мышления, так как расстройства внутренней речи приводят к потере смысла слов и, следовательно, нарушениям мышления. Лица с медленно развивающимся слабоумием и с постапоплектической деменцией невменяемы в отношении совершенных ими противоправных действий. Если динамические сдвиги в структуре психических нарушений развиваются после совершения правонарушений, возникает вопрос о применении к таким обследуемым ч. 2 ст. 11 Основ уголовного законодательства. Атеросклеротические психозы в момент совершения правонарушения исключают вменяемость.

Больным сосудистыми заболеваниями головного мозга свойственны и кратковременные психотические состояния, протекающие, как правило, с нарушениями сознания (онейроидные, делириозные, сумеречные), провоцируемые в ряде случаев приемом алкоголя. Судебно-психиатрическая оценка состояния таких лиц

аналогична оценке состояния при временных расстройствах психической деятельности (см. главу 28 «Судебно-психиатрическая экспертиза так называемых исключительных состояний и некоторых других кратковременных расстройств психической деятельности»).

При судебно-психиатрическом освидетельствовании осужденных важно отграничить психогенно обусловленные состояния декомпенсации и реактивные состояния, возникающие на фоне сосудистых заболеваний головного мозга, от изменений психики, обусловленных органическим поражением головного мозга. Признавать состояние больных подпадающим под действие ст. 362 УПК РСФСР можно в случаях наступившего слабоумия, постинсультных выраженных изменений психики и сосудистых психозов с протрагированным течением.

Экспертная оценка состояния больных сосудистыми заболеваниями головного мозга в гражданском процессе касается в основном определения дееспособности. Чаще всего дееспособность устанавливают при посмертной экспертизе, связанной с оценкой психического состояния лица в момент составления завещания. Данный вид экспертизы труден тем, что эксперт вынужден опираться только на материалы дела и медицинскую документацию, нередко содержащие противоречивые сведения о состоянии лица в момент оформления завещания. При установлении дееспособности нужно разграничивать хронические изменения психики в результате сосудистых расстройств и постинсультные состояния. Указания на выраженное слабоумие в момент составления завещания позволяют признать лицо недееспособным, а завещание — недействительным.

Особые трудности возникают при оценке изменений психики в постинсультном периоде. Состояние больного в остром постинсультном периоде с мерцанием сознания, явлениями оглушенности, частичной ориентировкой в окружающем нередко по-разному расценивают родственники и посторонние лица. Особенности психопатологических нарушений у больных в этом периоде, неустойчивость симптоматики и явления тяжелой астении в «светлые» промежутки обычно склоняют экспертов в сторону признания недееспособности (Е. М. Холодковская, 1957).

В отдаленном периоде нарушения мозгового кровообращения значительно затрудняют определение глубины изменений психики афатические расстройства. Амнестическая афазия в сочетании с алексией и аграфией, исключающие смысловое понимание слов, свидетельствуют о невозможности принимать участие в совершении гражданских актов и, следовательно, о недееспособности больного.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза гр. К. по иску о признании завещаний, составленных К. 19/III 1968 г. и 6/VIII 1969 г., недействительными. Из показаний свидетелей в судебном заседании и медицинской документации известно, что К., 1890 г. рождения, окончил 2 класса, в дальнейшем работал на разных работах. Был женат, имел троих детей. Отношения с женой и детьми всегда были хорошими. До заболевания был человеком скуповатым, но отзывчивым, активным, деятельным, никогда ничего не боялся, работал лесником, в любое время суток выезжал в лес один. В 1957 г. после смерти жены переехал жить к детям, совместно с которыми построил дом.

С 1961 г. К. стал раздражительным, рассеянным, замкнутым, скупым. Так, он запирал сарай, чтобы внуки не могли взять яйца, высказывал опасения, что его могут ограбить. В 1964 г. женился второй раз. Жаловался детям и жене на головные боли, головокружения, слабость, утомляемость, снижение памяти. В 1967 г. его нашли дома лежащим на полу без движения. Два дня у него отсутствовала речь, был «паралич» правой руки и ноги. Лечился на дому. Речь у него восстановилась полностью, а движения в конечностях остались нарушенными. С этого времени стал несдержанным, молчалив, замкнут, ничем не интересовался, не обращал внимания даже на внуков, которых ранее очень любил. Легко менял свои решения, соглашался то с одним, то с другим. Стал верить «дурным приметам», считал, что в их доме живет домовой, который наводит «нечистую силу», «стучит на чердаке». Несмотря на снижение слуха и зрения, отказывался пойти к врачам, так как они, по его словам, «только исковыряют глаза». Был забывчив, жаловался, что к нему «ребята не ходят», хотя они только что были у него. Временами терял ориентировку, выходил из дому по делам, а потом не мог найти дорогу назад, заходил к соседям, лез через забор. Иногда посылал детям и знакомым телеграммы непонятного содержания. Бросил в печь часы, так как они «непонятные». Угрожал сжечь дом, если не пригласят священника освятить дом и изгнать домового. В дальнейшем не помнил своих действий, не мог объяснить своих поступков, хотя, по показаниям свидетелей, иногда был спокойным, всех правильно узнавал, ходил по делам, не обнаруживая каких-либо неправильностей в поведении и поступках.

К. состоял в поликлинике на учете с 1966 г. по поводу гипертонической болезни второй стадии, церебрально-кардиальной формы. В феврале 1968 г. был установлен диагноз: атеросклеротический кардиосклероз, склероз сосудов головного мозга; гипертоническая болезнь: криз. 10/II 1971 г. у К. остро развились слабость, головокружение, афазия. При посещении на дому врач поставил диагноз: церебральный атеросклероз, нарушения мозгового кровообращения по типу тромбоза. 20/II 1971 г. К. умер. К. зарегистрировал брак с ответчицей по данному делу 19/III 1968 г. и сразу же оформил завещание, согласно которому завещал все свое имущество детям «после своей смерти и смерти своей жены». 6/VIII 1969 г. он оформил второе завещание, по которому завещал своей жене принадлежавшую ему часть дома. По документам ему принадлежал весь дом. Таким образом, законные наследники — его дети — оказались лишенными наследства и возбудили иск о признании завещания недействительным.

Заключение: К. страдал церебральным атеросклерозом с парезом правых конечностей и глубокими изменениями психики. Заболевание прогрессировало, сопровождаясь повторными сосудистыми кризами и нарастающими явлениями слабоумия. Изменения психики были столь значительными, что в моменты составления завещаний 19/III 1968 г. и 6/III 1969 г. К. не мог понимать значения своих действий, учитывать их последствия и руководить ими; недееспособен.

Литература

Авербух Е. С. Соотношение гипертонических и атеросклеротических психозов.— В кн.: Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. М., Медгиз, 1959, с. 43—46.
Бунеев А. Н. Паранойяльные синдромы у эпилептоидов в связи с возрастными и атеросклеротическими изменениями.—«Ж. невропатол. и психиатр», 1930, вып. 3, с. 31—43.
Гордова Т. Н. Сосудистые поражения головного мозга.— В кн.: Судебная психиатрия. М., «Медицина», 1960, с. 243—258.
Жислин С. Г. К дифференциальной диагностике психозов позднего возраста.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1960, № 6, с. 707—714.
Овчинникова К. А. Изменения психики при атеросклерозе и их судебно-психиатрическая оценка.— В кн.: Лучшие научные работы аспирантов. М., Медгиз, 1951, с. 251—265.
Ремизова Е. С. О так называемых поздних эпилепсиях сосудистого генеза.— В кн.: Психические нарушения при гипертонической болезни и других сосудистых заболеваниях. М., 1960, с. 433—449.
Розова М. С. Социально-клинический прогноз при церебральном атеросклерозе с психическими нарушениями.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1972, № 3, с. 405—412.

Brain.—"Ann. intern. Med.", 1959, N 4, p. 675—681.
Kehrer H. Die cerebrale Gefäbsklerose. Stuttgart, Thieme Verlag, 1959. S. 288.
Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical psychiatry. London, 1955.

Глава 22

Психозы в предстарческом и старческом возрасте

Психические заболевания в предстарческом и старческом возрасте в последние годы стали предметом интенсивного и всестороннего изучения. Это определяется как достижениями биологии и медицины, так и актуальностью данной проблемы. По статистическим данным отечественных и зарубежных авторов, средняя продолжительность жизни людей значительно возросла. В связи с этим увеличивается число пожилых людей в обществе (М. С. Бедный, 1972). Так, в 1970 г. число лиц в возрасте 60 лет и старше составило больше 8% для мужчин и 15% для женщин (М. С. Бедный). Около 20% стариков старше 75 лет, живущих в обществе, нуждаются в госпитализации в психиатрическую больницу.

По поводу психических заболеваний предстарческого и старческого возраста высказывались различные мнения. Одни авторы считают, что подразделение психических заболеваний на пред-

старческие и старческие весьма условно и правильнее говорить о психических заболеваниях в период инволюции (С. А. Суханов, 1914; Пархон-Стефанеску, 1959). Другие авторы деление психических нарушений на пресенильные и сенильные психозы определяют главным образом не возрастом больного, а особенностями патогенеза и клиники заболеваний (В. А. Гиляровский, 1954). Блейлер (1920) объединял пресенильные и сенильные психозы.

Наряду со специальным изучением клиники психических расстройств у лиц предстарческого и старческого возрастов в последние годы много внимания уделяют роли различных факторов в возникновении психических нарушений у таких лиц и условиям, способствующим их социальной реабилитации. Хотя основная программа старения заложена в генетических механизмах, на выполнение этой программы влияют многочисленные внешние факторы. Статистические разработки (Dovenmuehle, 1968) показали, что соматические заболевания часто наблюдались у депрессивных больных предстарческого и старческого возраста. Социальные и бытовые условия также влияют на частоту возникновения и тяжесть депрессии, но меньше, чем соматические заболевания.

Пресенильные психозы

Пресенильные психозы как самостоятельную нозологическую единицу выделил Kraepelin (1900) главным образом по возрастному признаку. В последующем значительное психопатологическое различие отдельных форм пресенильных психозов, их сходство с другими психическими заболеваниями послужили поводом для отрицания нозологической самостоятельности этого заболевания. Пресенильные психозы стали рассматривать как результат шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, атеросклероза или других заболеваний со специфическими наслоениями возрастных психических особенностей. Результаты катамнестического обследования больных, которых Kraepelin до этого считал страдающими пресенильным психозом (инволюционная меланхолия) и у которых этот диагноз не подтвердился, препятствовали выделению пресенильных психозов как нозологической единицы. Нозологическое единство пресенильных психозов многие психиатры оспаривают и в настоящее время, однако большинство исследователей признают за пресенильными психозами нозологическую самостоятельность.

Принято считать, что возникновение пресенильных психозов зависит не только от возрастных, но и от соматических (Т. А. Гей-

ер, 1925; В. А. Гиляровский, 1935; С. Г. Жислин, 1956) и психических факторов (А. В. Снежневский, 1949; А. В. Давыдова, 1954). Отдельные авторы отмечают характерологические особенности, свойственные этим лицам до болезни: мнительность, тревожность, нерешительность, повышенное чувство ответственности (В. Н. Фаворина, 1949; Т. А. Гейер, 1925). Однако эти соображения о роли экзогенных вредностей и преморбидных особенностей больных построены лишь на эмпирических данных.

Пресенильные психозы чаще возникают у женщин в преклимактерическом и климактерическом периоде. В связи с этим некоторые авторы пытались сводить инволюционные сдвиги в организме к эндокринным изменениям и объясняли этим сущность психического заболевания. Более обстоятельное изучение больных с пресенильными психозами, отсутствие эффекта от лечения эндокринными препаратами подорвали убедительность этой теории. Вместе с тем можно полагать, что эндокринные сдвиги имеют важное значение в генезе легких эмоциональных расстройств. Многие авторы основное место в возникновении заболеваний отводили общей инволюции организма, нарушению обмена веществ и аутоинтоксикации (Т. А. Гейер, 1925; В. А. Гиляровский, 1935). Особенности обмена веществ у больных пресенильным психозом изучены мало.

Среди психозов предстарческого возраста особое положение занимают психические расстройства вследствие атрофических процессов в головном мозге (Э. Я. Штернберг, 1967). Согласно Международной классификации психических заболеваний (8-й пересмотр), в рамках психозов предстарческого возраста выделяют инволюционную меланхолию, парафрению и пресенильные деменции.

Инволюционная меланхолия является наиболее распространенным заболеванием. Она начинается обычно опасениями, неопределенными страхами, ожиданием несчастья, нередко ипохондрическими идеями. Могут присоединиться идеи виновности и преследования. На высоте развиваются ажитированная депрессия, тревожное возбуждение, нередко бред инсценировки, сложные фантастические бредовые идеи виновности, гибели, отрицания (различные варианты синдрома Котара). Все эти болезненные симптомы могут возникать и на фоне двигательной заторможенности. В связи с особенностями клиники заболевания его необходимо дифференцировать с депрессивными приступами при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, сосудистых, органических психозах, развивающихся в инволюционном периоде. Пресениальная депрессия отличается от шизофренической тревожным опасением и неопределенными страхами, тревожным воз-

буждением, сочетающимся с нигилистическим фантастическим бредом. Диагностике помогает изучение структуры изменений личности, появившихся как до развития тревожно-депрессивных расстройств, так и после острого периода.

От органических психозов инволюционная меланхолия отличается типом инициальных расстройств (тревога, ожидание несчастья, ипохондричность), отсутствием эпизодов помрачения сознания, свойственных органическим психозам; от сосудистых психозов—отсутствием лабильности аффекта, эпизодов расстроенного сознания, астенических проявлений; от депрессии при маниакально-депрессивном психозе — характером инициальных расстройств, преобладанием тревоги и возбуждения, а также началом в пожилом возрасте. Следует учитывать, что инволюционной меланхолии не свойственно приступообразное течение.

Частой формой пресенильных психозов является инволюционный параноид (пресенильный бред ущерба, пресенильная паранойя, пресенильная парафрения). Для инволюционного параноида типичны яркие бредовые идеи и галлюцинации на фоне тревожно-тоскливого настроения. Бред стоек, интерпретативен, ему свойственна конкретность и обыденность содержания. Эти особенности структуры бреда при отсутствии у больных типичных для шизофрении изменений личности служат дифференциально-диагностическим признаком. Бредовые идеи и галлюцинации различны по содержанию, наиболее характерны бредовые идеи ущерба и ревности. Бредовые идеи, как правило, связаны с определенной ситуацией, включают патологическую переработку реальных событий. Больные жалуются на то, что их преследуют на работе или в квартире те или иные лица, хотят «сжить их со света», завладеть их жилплощадью, имуществом. Бредовые идеи ревности также связаны с определенными лицами и обстоятельствами. Больные ревнуют супруга к соседям, знакомым и даже к близким родственникам, подтверждая свои бредовые высказывания незначительными фактами. Бредовые идеи ревности часто сопровождаются ипохондрическим состоянием. Эмоциональные нарушения характеризуются монотонностью аффекта, связью его с тематикой бреда. С бредовыми расстройствами сочетаются и галлюцинаторные, чаще слуховые и тактильные. Больные слышат, как переговариваются преследователи, ощущают действие гипноза, лучей, ядов и т. д.

Редким вариантом пресенильных психозов является кататоническая форма, которая развивается преимущественно из инволюционной меланхолии. Вместе с тоскливо-тревожным состоянием у больных появляется двигательная заторможенность, которая может достигнуть глубины ступора. В состоянии двига-

тельного оцепенения больные обнаруживают многие симптомы, свойственные кататоническому ступору при шизофрении. Однако, в отличие от больных шизофренией, выражение лица у пресенильных больных тоскливое, при настойчивых расспросах от них можно услышать адекватные ответы, больные поддерживают избирательный контакт с окружающими и негативистическая реакция отмечается лишь в отношении отдельных лиц. Упорные отказы больных от пищи нередко связаны с идеями самообвинения.

Некоторые авторы выделяли инволюционную истерию как самостоятельную форму пресенильного психоза (Т. А. Гейер, 1925; В. А. Гиляровский, 1954). Здесь на первое место выступает аффективная неустойчивость. У больных отмечаются бурные эмоциональные реакции по незначительным поводам, они часто ощущают спазм в горле при волнении, жалуются на неприятные ощущения в теле. Нередко бывают парезы конечностей и истерические припадки. Пресенильный психоз может начаться с психогенно-истерической симптоматики в условиях психотравмирующей ситуации после совершения правонарушений, во время следствия. Истинная природа заболевания выявляется не сразу, и возникают трудности в нозологической оценке.

Течение и исход пресенильных психозов. Большинство авторов указывают на их продолжительное и вялое течение. Психопатологическая симптоматика со временем теряет свою яркость, аффективную насыщенность, становится малопродуктивной и однообразной и в таком виде стойко сохраняется в дальнейшем. Тревожно-тоскливый синдром может перейти в бредовой (В. Н. Фаворина, 1949; С. Домбровский, 1957). Распада основных свойств личности не отмечается. При присоединении атеросклеротических и старческих изменений психики выявляется неспецифический для пресенильных психозов атеросклеротический или старческий дефект. Некоторые авторы выделяют галопирующий тип течения (ажитированная меланхолия), при котором указанные изменения психики у больных наступают сравнительно быстро (А. В. Снежневский, 1941).

В группе предстарческих психозов пресенильные деменции занимают особое место. Они возникают в связи с развитием атрофических процессов в головном мозге. Общим для этих деменций (названных по имени описавших их авторов болезнью Пика, Альцгеймера, хореей Гентингтона, Якоба — Крейцфельда) являются малозаметное начало, прогредиентность и необратимость расстройств, сочетание прогрессирующего слабоумия с очаговыми неврологическими расстройствами. Из этих заболеваний наибольшее практическое значение имеет болезнь Альцгеймера и болезнь Пика.

Болезнь Альцгеймера. В практике психиатрических прозектур приходится около 4% вскрытий (Э. Я. Штернберг, 1967). При болезни Альцгеймера наряду с нарастающим слабоумием ярко выражено расстройство памяти по типу прогрессирующей амнезии. Рано появляются и усиливаются по мере развития болезни афатические расстройства — амнестическая и сензорная афазия, логоклония и насильственная речь, нарушение письма, чтения, апраксия и агнозия; иногда наблюдаются эпилептиформные припадки.

Болезнь Пика, по данным Э. Я. Штернберга (1967), встречается значительно реже, чем болезнь Альцгеймера. Она нередко начинается псевдопаралитическим синдромом (преимущественно при поражении лобных долей головного мозга) или изменениями личности в виде эмоционального снижения, психической и моторной аспонтанности. Критика сильно нарушается при относительно длительной сохранности формальных знаний, навыков и памяти. При распаде экспрессивной речи возникают особые речевые стереотипы, эхолалия, на отдаленных этапах болезни — апрактические нарушения. Продуктивные психотические расстройства при болезни Альцгеймера и болезни Пика довольно редки. Психотические эпизоды (делириозные или аментивные) сочетаются со злокачественным течением болезни.

Старческие психозы

Старческие психозы возникают обычно в возрасте 60—70 лет, заболеваемость мужчин и женщин примерно одинакова. С. С. Корсаков (1901) выделил 4 стадии в развитии старческого психоза: интеллектуальные изменения, появление бредовых идей, глубокое слабоумие и общий маразм и адинамия. В клинике психозов условно выделяют две формы: старческое слабоумие и старческие психозы в собственном смысле. При старческом слабоумии, как видно из названия, основное значение имеют выраженные тотальные интеллектуальные расстройства в сочетании с особыми мнестическими и эмоциональными нарушениями.

Болезнь начинается, как правило, исподволь, незаметно. Типичны прогрессирующая амнезия и конфабуляции. Нарушается память прежде всего на текущие события, затем мнестические расстройства распространяются на более ранние периоды жизни больного. Образовавшиеся пробелы памяти больные заполняют вымышленными событиями (псевдореминисценции и конфабуляции). Большинство авторов указывают на различие между этими понятиями. К псевдореминисценциям относят высказывания боль-

ных о тех событиях или обстоятельствах, которые имели место в жизни; больные лишь произвольно перемещают их во времени. Под конфабуляциями обычно понимают фантазии больных, неправдоподобные по обстоятельствам, легко меняющиеся по содержанию. Обильные конфабуляции у отдельных больных могут создавать впечатление бредовой продукции, но отличаются нестойкостью и отсутствием определенной тематики.

Аффективная жизнь больных резко суживается и изменяется, наблюдается либо благодушие, либо угрюмо-раздражительное настроение. Часто возникает диссоциация между нарушенной способностью понимать ситуацию и достаточной сохранностью привычных форм поведения и навыков. Наблюдаются распад целостного пространственного восприятия, невозможность правильной оценки ситуации и обстановки в целом. Поведение становится пассивным или суетливым (собирают вещи, пытаются куда-то уйти). Нередко поведение больных определяет расторможенность инстинктов — повышенный аппетит и сексуальность. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, в попытках к развратным действиям с малолетними.

Психические нарушения в виде бреда и галлюцинаций при старческих психозах встречаются часто. Они наблюдаются в начале заболевания при отсутствии выраженного слабоумия, одновременно возникают эмоциональные нарушения в виде депрессивных состояний. Больные высказывают бредовые идеи преследования, виновности, обнищания и ипохондрические идеи. Бред связан с реальной ситуацией, с отдельными фактами жизненных обстоятельств. Вместе с бредовыми идеями у больных обнаруживается и галлюцинаторная симптоматика, наиболее характерны зрительные галлюцинации. Они бывают всех видов и по своему содержанию связаны с бредовыми идеями. Эпизодически могут возникать состояния расстроенного сознания с обильными конфабуляциями.

Mayer-Gross (1970) специально выделяет депрессивную форму старческого психоза. Депрессивные состояния в старческом возрасте сходны с таковыми в предстарческом. Возможно волнообразное течение бредовых психозов в пожилом возрасте (В. И. Предеску, 1959).

Аффективные и галлюцинаторно-параноидные проявления в клинической картине, как правило, имеют благоприятное прогностическое значение.

Этиология и патогенез психозов возраста обратного развития мало изучены, их разработка тесно связана с общими вопросами старения организма. В возникновении заболевания имеют значение психические травмы и соматические вредности.

В последние годы особое внимание уделяют генетическим аспектам старения. Для изучения патологических изменений организма пожилых людей, страдающих психическими расстройствами, интересны данные о патоморфологических изменениях их головного мозга. При старческих психозах отмечены определенные макро- и микроскопические изменения в центральной нервной системе. Макроскопически обнаруживают мутность и сращение мозговых оболочек, атрофические изменения, преимущественно в лобных отделах головного мозга. Эти атрофические изменения находят и при пневмоэнцефалографическом обследовании. Микроскопически обнаруживают дегенерацию ганглиозных клеток, их жировое перерождение.

Лечение пресенильных и сенильных психозов

Психически больные пожилого возраста могут выйти из болезненного состояния как спонтанно, так и под влиянием терапевтических средств. Ряд авторов отмечают высокую терапевтическую эффективность электросудорожной терапии, особенно при лечении больных с депрессиями. У больных галлюцинаторно-параноидной формой положительные результаты отмечены после инсулиношоковой терапии. В последние годы для лечения пресенильных и сенильных психозов широко применяют психотропные средства. Их выбор определяется особенностями психопатологической структуры и нозологической природы заболевания, а также соматическим состоянием больного.

Психотропные средства пожилым больным обычно назначают в значительно меньших дозах, на фоне корректоров (циклодол, ромпаркин).

Дозы увеличивают при строгом контроле за соматическим состоянием больных, особенно за сердечной деятельностью.

Терапия дементных форм у лиц пожилого возраста сводится в основном к поддержанию удовлетворительного физического состояния больных и устранению психопатологической продуктивной симптоматики с помощью психотропных средств.

Для профилактики психических расстройств у лиц пожилого возраста важно предупреждать соматические и инфекционные заболевания, устранять психотравмирующие обстоятельства. Соматические заболевания пожилые люди воспринимают как проявление своей общей несостоятельности и возрастных изменений, а психические отклонения сами по себе не вызывают таких отрицательных реакций. Перед пожилыми людьми часто встает

проблема места в жизни в связи с изменением психического и соматического состояния. В решении этого вопроса помогают психотерапевтические воздействия и меры социальной реабилитации.

Судебно-психиатрическая оценка

Под влиянием болезненных побуждений больные пресенильным психозом могут совершать опасные действия в отношении как окружающих, так и себя. Больные инволюционной меланхолией иногда убивают членов своей семьи и затем совершают самоубийство во избежание мнимой мучительной гибели, которая якобы их ожидает. Под влиянием бредовых идей преследования или ревности больные также могут совершать опасные действия против воображаемых преследователей или соперников. Больные, совершающие опасные действия в состоянии глубоких аффективных (тревожно-тоскливые состояния или галлюцинаторно-бредовые) расстройств, невменяемы. Больных пресенильными психозами направляют на судебно-психиатрическую экспертизу не только в связи с их опасными действиями, но и по вопросам гражданского процесса (бракоразводные дела, имущественные сделки, дарственные, завещания и т. д.). Больные с глубокими и стойкими расстройствами недееспособны.

Пресенильный психоз может развиваться после начала судебного дела или во время отбывания наказания. В таких случаях вопрос решается в зависимости от состояния больных. Больные с аффективными нарушениями и с относительно благоприятным течением заболевания лишь на некоторое время нуждаются в лечении в психиатрической больнице. По выходе из болезненного состояния они могут отбывать наказание. Больные, у которых заболевание принимает хроническое тяжелое течение, подпадают под действие ч. 2 ст. 11 или ст. 362 УПК РСФСР.

Судебно-психиатрическая экспертиза состояния больных старческими психозами может назначаться по разным поводам. Больные могут совершать опасные действия в связи со слабоумием, а также по бредовым мотивам. Больной старческим слабоумием может вызвать пожар, забыть выключить газ и т. д. При сексуальной расторможенности такие больные совершают попытки растления малолетних и несовершеннолетних, развратные действия. При бредовых идеях ревности возможны покушения на убийство жены, воображаемого соперника и т. д.

Часто таких больных направляют на судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами (завещания, дарственные акты, сделки т. д.). Следует иметь в виду, что соматические и психические признаки старческой дряхлости сами по себе,

если нет слабоумия и продуктивной психотической симптоматики, не исключают дееспособности. При старческом психозе в форме как слабоумия, так и выраженных депрессивных, галлюцинаторно-параноидных расстройств больные невменяемы и недееспособны. В случае заболевания старческим психозом во время отбывания наказания эти больные, как правило, признаются подпадающими под действие ст. 362 УПК РСФСР.

Литература

Бедный М. С. Демографические процессы и прогнозы здоровья населения. М., «Статистика», 1972, 302 с.

Гейер Т. А. К постановке вопроса об «инволюционной» истерии.—Тр. психиатрической клиники I Медицинского института. Т. 2. М., Изд-во М. и С. Сабашниковых, 1925, с. 45—51.

Гиляровский В. А. Психиатрия. М., Медгиз, 1954, с. 321—339.

Жислин С. Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. М., 1956, Мин. здравоохр. РСФСР. Гос. научно-исслед. ин-т психиатрии, 224 с.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. Т. 1, 2. 1901, 1114 с.

Фаворина В. Н. Типы исхода пресенильного психоза. Тр. психиатрической клиники им. С. С. Корсакова. М.; Изд. АМН СССР, 1949, 120 с.

Штернберг Э. Я. Клиника деменции пресенильного возраста. М., «Медицина», 1967, 242 с.

Бине Л. Бурльер. Основы геронтологии. М., Медгиз, 1960, 452 с.

Пархон-Стефанеску К. Психиатрия старческого возраста.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1959, т. 59, вып. 11, с. 1281—1289.

Alexander Simon M. D. Menthal Health of Community—Resident versus Hospitalized Aged. 161 p; Aging in Modern Society, Washington, Psych. Res. Rep. Am. Psych. Ass., 1968, 248 p.

Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, Verlag von Julius Springer, 1916, 518 S.

Felix Post, M. D., F. R. C. P. Psychiatric Comcepts, p. 26. Aging in Modern Society, Washington, Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association. London, 1968, 248 p.

Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig, Verlag Johann Ambosius Barth, 1904, Bd 2, 892 S.

Leon J., Epstein Ph., M. D. Institutional Planning, p. 221. Aging in Modern Society, Washington, Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association, 1968, 248 p.

Marjorie Fiske Lowenthal. The Relationship Between Social Factors and Mental Health in the Aged. Aging in Modern Society. Washington, Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association, 1968, 248 p.

Mayer-Gross e. a. Clinical Psychiatry. London, Bailliere Tindall cassell, 1970, 808 p.

Ralph H., Dovenmuehle M. D. The Relationship Between Physical and Psychiatric Disorders in the Elderly, p. 81. Aging in Modern Society. Washington, Psychiatric Research Repors of the American Psychiatric Association, 1968, 248 p.

Talcott Parsons Ph. D. Sociocultural Pressures and Expectations, p. 36. Aging in Modern Society, Washington, Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association, 1968, 248 p.

Глава 23

Симптоматические психозы (психозы при заболеваниях внутренних органов, обмена веществ и инфекционных заболеваниях)

В соответствии с Международной классификацией психических болезней (8-й пересмотр) к соматогенным психическим расстройствам относят состояния, возникающие в результате эндокринных нарушений, нарушений питания и обмена веществ, системных инфекций и родов. В судебно-психиатрической клинике соматогенные психические расстройства встречаются сравнительно редко. Их можно разделить на острые и затяжные, хотя это деление в ряде случаев условно.

Острые симптоматические психозы имеют общие клинические признаки. Ведущим синдромом является расстройство сознания в форме оглушенности, делирия, аменции, сумеречного состояния с явлениями возбуждения.

Начальный этап помрачения сознания иногда остается незамеченным, особенно если он протекает без грубого нарушения ориентировки. Имеет значение совокупность таких признаков, как расстройство внимания, снижение запечатлеваемости, затруднение понимания обращенной к больному речи, снижение психической активности.

Общие психопатологические признаки развернутых острых психозов не устраняют различий, зависящих от соматического заболевания. Бредовые расстройства характерны для сыпнотифозных психозов (В. А. Гиляровский, 1923), расстройства настроения — для гриппозных психозов (Т. М. Городкова, 1959; Runge, 1920), сочетание подавленного настроения со страхом и парестезиями, которые подвергаются бредовой переработке,— для острых ревматических психозов (Т. Н. Гордова, 1945; А. С. Шмарьян, 1959) и т. д.

Наибольшее судебно-психиатрическое значение имеет продромальная и инициальная стадии острой инфекции, когда возможно возникновение так называемого инициального делирия, сопровож-

дающегося двигательным возбуждением и отрывочными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, что может привести к совершению опасных действий. Последующее тяжелое соматическое состояние больных обусловливает малое значение острых соматических психозов для судебно-психиатрической практики.

Критическое течение психотических явлений обычно предопределяет их обратимый характер. После их исчезновения остаются явления постпсихотической астении или непродолжительный резидуальный бред. Литическое течение нередко предопределяет продолжительную астенизацию, а иногда корсаковский или псевдопаралитический синдром.

Затяжные симптоматические психозы. Для затяжных психозов характерна полиэтиологичность — различные соматические вредности в анамнезе, иногда легкие травмы мозга, а также длительные стрессовые ситуации. В соответствии с этим у многих больных понижается сопротивляемость и ослабляется реактивность организма, наступает физическое истощение, кахексия (А. В. Снежневский, 1940; Albert, 1956). В свою очередь эти патологические явления приводят к астении, на ее общем фоне возникают различные психотические состояния. К ним относятся аментивные картины различной продолжительности, после которых могут наблюдаться интеллектуально-мнестические расстройства в форме корсаковоподобных и псевдопаралитических состояний.

В других случаях, особенно при экстрацеребральных ранениях, наблюдавшихся во время Великой Отечественной войны, при раковой интоксикации возникают астено-депрессивные и депрессивно-параноидные состояния. Значительно реже встречаются маниакальные состояния (при ревматизме, при лечении малярии акрихином). Шизофреноподобные синдромы описаны при ревматизме и малярии. Бывают кататоноподобные, а также галлюцинаторно-параноидные состояния с явлениями деперсонализации, насильственно-навязчивые состояния, что сочетается с депрессивно-ипохондрическими симптомами. Возможны и эпизодические онейроидные состояния. В психическом статусе этих больных отмечаются эмоциональная сохранность, отсутствие аутизма и характерной для шизофрении диссоциации. Выраженные вазомоторно-вегетативные явления, признаки инфекционной аллергии, благотворное влияние лечения основного соматического страдания также говорят против шизофрении.

Особое судебно-психиатрическое значение имеют ипохондрические идеи, развивающиеся по механизмам катестезического бреда (В. А. Гиляровский, 1935) на основе столь частых при соматогениях сенестопатий и парестезий, приобретающих сверхценный

характер. Астено-депрессивные картины с ипохондрическими опасениями и близкие к ним депрессивно-параноидные состояния, когда можно говорить об ипохондрических бредовых идеях, могут обусловить общественно опасные поступки. Такие переживания, особенно при трансформации в бредовые идеи, чаще других побуждают больных к насильственным действиям. В одних случаях это стремление к расширенному самоубийству, в других — склонность к патологическим обвинениям в плохом уходе, в стремлении «избавиться» от больного. Иногда больные реализуют эти тенденции, возникшие еще на стадии астенических и психопатоподобных состояний, позднее, совершая опасные действия при уже сформировавшемся психозе.

Обследуемый К., 43 лет, механик, обвиняется в покушении на убийство своей жены.

В течение нескольких лет страдал соматическими заболеваниями: хроническим гастритом и колитом, облитерирующим эндартериитом, псориазом, гипертонической болезнью. Очень часто получал больничные листы. По словам К. и его жены, в связи с этими заболеваниями у него преобладало пониженное настроение, последние годы он физически ослаб, сильно исхудал, появилась раздражительность, мнительность, тревога за свою жизнь — окружающим говорил, что скоро умрет. Угасли прежние интересы и дружеские связи.

Незадолго до правонарушения перенес перелом 2 ребер, имел больничный лист. Резко усилились мнительность, ипохондрические опасения. Однажды после очередной инъекции витамина B_6 почувствовал, что все тело «стало трясти изнутри», не мог заснуть, разбудил жену, сказав ей, что ему плохо и он чувствует, что умирает. Жена, привыкшая к подобным заявлениям, успокоила его и вновь заснула. У обследуемого возникли резкое чувство дискомфорта, неприятные ощущения в теле и непоколебимое убеждение, что он умирает. Пришла мысль о том, что надо умереть вместе с женой. Он взял молоток и нанес ей удар по голове. Вначале оказал жене помощь — дал понюхать нашатырного спирта, помог перевязать голову, однако, когда она пыталась выбежать из квартиры, нанес ей еще удар. Жена все же убежала, он же был уверен, что ее убил и вскоре умрет сам. Когда пришли работники милиции, он писал записку о том, чтобы его похоронили вместе с женой. Непосредственно после задержания у него развились явления делириозно-аментивного синдрома: был дезориентирован, чувствовал, что его вдавливают в постель, что он весь как будто бы «закипал», видел у себя на затылке желтое пламя и в боку, как на экране, «гречневую кашу», был суетлив в постели и малодоступен.

К. помещен в психиатрическую больницу, оттуда переведен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. При обследовании отмечены соматическое истощение, бледность кожи и слизистых оболочек, понижение тургора, отсутствие пульса на артериях обеих стоп. Терапевт, хирург и дерматолог констатировали все установленные ранее заболевания.

Обследуемый подавлен, быстро истощается при беседе, непоколебимо убежден в своей скорой смерти, предъявляет много соматических жалоб. Объясняет свой поступок тем, что очень хотел, чтобы «их похоронили вместе». Неточно, отрывочно помнит обстоятельства правонарушения и свое психотическое состояние после задержания. Много времени проводит

в постели, не проявляет интереса к окружающему, не читает, ничем не занимается.

Заключение: К. совершил правонарушение в психотическом состоянии с резким усилением бывших и ранее патологических нарушений, которые определяли в то время его поведение. Психическое состояние К. в целом явилось этапом обострения психического расстройства, непосредственно предшествовавшего синдрому помрачения сознания. Диагноз: соматогенный психоз сложной этиологии; невменяем.

Тщательное соматическое обследование больных, постоянное наблюдение за динамикой обменных процессов и картиной крови важно не только для терапии, но и для прогноза, объясняя в ряде случаев затяжной характер психоза. Особое значение имеют указания на усиливающуюся аутоинтоксикацию.

Затяжные соматогенные психозы могут оставлять после себя состояния астении с повышенной чувствительностью к физическим и психическим вредностям. По данным Б. А. Целибеева (1972), около 20% больных в отдаленном периоде перенесенного психоза обнаруживали явления астении с редукцией энергетического потенциала, снижением интеллекта и ограничением круга интересов.

Катамнестическое изучение затяжных соматогенных психозов показало, что в части случаев они оставляют после себя более выраженное психическое снижение. По клинической картине оно приближается к длительному церебрастеническому состоянию с психопатоподобными проявлениями или органическому дефекту типа энцефалопатий с интеллектуально-мнестическим дефектом. Возможности восстановления и компенсации хуже при преморбидной церебральной недостаточности и в более пожилом возрасте.

Послеродовые психозы

Психотические состояния, развивающиеся в послеродовом периоде, составляют сборную группу. Чаще всего это шизофрения, затем послеродовые психозы в подлинном смысле слова, на третьем месте по частоте стоят психогенные реакции. Послеродовые психозы представляют собой психические расстройства инфекционной и аутотоксической этиологии.

Судебно-психиатрическая экспертиза этих заболеваний обычно назначается в случаях детоубийства, когда само преступление, столь редкое в наших условиях, вызывает у органов следствия и суда сомнение в психическом здоровье обвиняемой.

Преобладание инфекционно-аутотоксических факторов в этиологии психоза обусловливает аментивные и аментивно-делириозные картины. Возникновение психоза у соматически ослабленной

больной при тяжелых и длительных стрессовых факторах чаще ведет к различным вариантам депрессивного синдрома (М. С. Доброгаева и Т. П. Печерникова, 1972). Некоторые преморбидные особенности, в том числе шизоидные черты характера, по-видимому, предрасполагают к развитию шизофреноподобных картин, в структуре которых бывают эпизоды помрачения сознания. Такие состояния и затяжное течение послеродового психоза заставляют проводить дифференциальную диагностику с шизофренией. В ряде случаев только длительное наблюдение позволяет окончательно установить диагноз.

В условиях судебно-психиатрической клиники необходимо считаться с возможностью развития психогенных расстройств, в том числе и истерических проявлений, особенно у психопатических личностей. Однако при объективных инфекционно-токсических явлениях или психопатологически выраженных депрессивных синдромах следует крайне осторожно относиться к оценке изменений сознания как истерических. Истерическое поведение после правонарушения само по себе еще не говорит о вменяемости в момент его совершения. Послеродовый психоз в момент правонарушения (обычно убийство ребенка или причинение ему телесных повреждений) исключает вменяемость.

Эндокринопатии

Подлинные психотические состояния, обычно возникающие при далеко зашедших поражениях эндокринной системы, почти не имеют значения в судебно-психиатрической практике. Чаще наблюдаются ранние или врожденные эндокринные расстройства при органических поражениях мозга и олигофрениях, придающие известное своеобразие клинической картине основного заболевания. В отдельных случаях речь может идти о легких эндокринных сдвигах, например о неврозоподобных проявлениях гипертиреоидизма или об элементах эндокринного психосиндрома (Bleuler, 1954), который придает облику больных черты инфантилизма или преждевременного одряхления. Обычно подобные состояния сопровождаются расстройствами настроения, отдельных влечений, но не имеют психотического характера и не вызывают таких глубоких изменений личности, которые бы лишали субъекта способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. Специального рассмотрения требует психический инфантилизм (как самостоятельное болезненное состояние), в патогенезе которого эндокринные нарушения также играют существенную роль (см. главу 30 «Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних»).

Судебно-психиатрическая оценка соматогенных психических расстройств

Психические нарушения в форме астенического или психопатоподобного синдрома в большинстве случаев не носят психотического характера и не влекут экскульпации. Признавая вменяемость обследуемого, эксперты в своем заключении должны отразить эти состояния психики и обратить на них внимание суда как на патологические особенности, не исключающие вменяемости.

Больные невменяемы лишь при резко выраженных астенических и психопатоподобных состояниях, сопровождающихся расстройствами мышления, нарушениями критики и регулирования своего поведения. Вменяемость исключается также при временных экзацербациях, протекающих с позитивной психопатологической симптоматикой, если такое состояние совпадает с моментом совершения правонарушения. Если указанные психические нарушения возникают после правонарушения, они могут временно лишать человека возможности предстать перед следствием и судом.

Как острые, так и затяжные психотические состояния в момент правонарушения исключают вменяемость. Возможно постепенное развитие затяжного соматогенного психического расстройства при длительных соматических страданиях, что требует применения ч. 2 ст. 11 Основ уголовного законодательства или досрочного освобождения осужденного.

В гражданском процессе больных с соматогенными психическими расстройствами направляют на экспертное освидетельствование в случаях двусторонних и односторонних сделок. При затяжном симптоматическом психозе или глубоком последующем психическом снижении, особенно в пожилом возрасте, когда оно сочетается с сосудистыми и сенильными изменениями, обследуемый недееспособен. Дарственные акты и завещания могут оспариваться и после смерти указанного лица.

В период психотического состояния трудно установить прогноз заболевания, что иногда требует отсрочки окончательного заключения о недееспособности, влекущей, согласно ст. 15 ГК РСФСР, назначение опеки. Весьма сложным может оказаться вопрос о действительности сделки, совершенной в период временного ухудшения психического состояния при астеническом или психопатоподобном синдроме. Помимо уточнения структуры этого ухудшения и поведения лица к моменту совершения сделки, остается существенным критерий, предложенный еще С. С. Корсаковым: соответствие содержания сделки предшествовавшим установкам и склонностям обследуемого.

Литература

Доброгаева М. С., Печерникова Т. П. Клиника и этиопатогенез некоторых форм послеродовых психозов.— В кн.: Алкоголизм и другие интоксикационные заболевания нервной системы. Ташкент, 1972, с. 197—199.

Зиновьев П. М. Об астенических синдромах.— В кн.: 50 лет психиатрической клинике им. С. С. Корсакова. М., 1940, с. 90—98.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. Т. I. М., Издание общества для пособия нуждающимся студентам Московского университета, 1901, 677 с.

Корсаков С. С. Психиатрические экспертизы. Вып. 2. Т. II. М., Типо-литография т-ва И. Н. Кушнерев и К.°, 1904, с. 74.

Краснушкин Е. К. К вопросу о значении соматогенного, психогенного и конституционального факторов в психозах военного времени.— В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. Т. VIII. М., 1946, с. 76—86.

Лунц Д. Р. Вопросы вменяемости и судебно-психиатрической экспертизы при соматогенных психических заболеваниях. Тезисы докладов судебно-психиатрического совещания при 3-м Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров. М., 1948, с. 10—11.

Снежневский А. В. Психические нарушения на почве соматических инфекционных заболеваний и эндокринопатий.— В кн.: Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. М., «Медицина», 1968, с. 167—174.

Albert E. Die Prognose der symptomatischen Psychosen nach inrem Zustandbild. Halle, Marhold, 1956, 128 S.

Bleuler M. Endocrinologische Psychiatrie. Stuttgart, Thieme, 1954. 498 S.

Witter H. Grundriss der gerichtrichen Psychologie und Psychiatrie. Springer—Verlag. Heidelberg—New York, 1970, 267 S.

Глава 24

Алкоголизм и наркомании

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии опьянения, является одной из наиболее частых и сложных. Эксперт должен решить вопрос: в состоянии какого алкогольного опьянения — простого, не исключающего вменяемости, или патологического, исключающего вменяемость, совершено правонарушение? Необходимо правильно представлять клиническое содержание обоих понятий, знать их диагностические критерии.

Простое алкогольное опьянение

Понятие «простое алкогольное опьянение» применяют в судебно-психиатрической практике. Им пользуются в основном судебные психиатры для отграничения его от временных расстройств психической деятельности, нередко возникающих на фоне опья-

нения. Динамика состояния простого алкогольного опьянения такова: в начальном периоде (легкая степень) на короткое время повышается восприимчивость к внешним впечатлениям при склонности к поверхностным ассоциациям по сходству и смежности. С ослаблением тормозящего влияния высших отделов центральной нервной системы облегчаются двигательные импульсы, усиливается жестикуляция, растормаживаются влечения. Настроение у опьяневших часто меняется, усилившаяся аффективность легко приводит к конфликтам, агрессии. Снижается способность к осмысливанию окружающего и критика. Повышенное настроение, беспечность, благодушие нередко под влиянием безобидных замечаний окружающих сменяются вспыльчивостью, раздражительностью, злобностью.

Для средней степени алкогольного опьянения характерно снижение яркости представлений, отчетливости восприятия окружающего, стройности и цельности мыслительного процесса. Ассоциативная деятельность замедляется, становится поверхностной и беспорядочной. Речь опьяневшего определяется случайными мотивами, становится монотонной, меняется ее ритм, замедляется темп, появляются персеверации. Вследствие снижения сознательного, критического отношения к поведению окружающих и собственной личности опьяневшие нередко совершают неадекватные действия. Возникшие желания, мысли могут легко реализоваться в импульсивные агрессивные акты в отношении окружающих. В результате действия алкоголя на организм заостряются или обнажаются индивидуальные характерологические особенности опьяневших. В этой стадии опьянения легко всплывают давние психотравмирующие переживания, обиды. Они сравнительно легко приводят к скандалам, дракам, дебошам.

С усилением опьянения до оглушенности (тяжелая степень опьянения) координация движений нарушается, походка становится неуверенной, спотыкающейся, неуклюжей, выражение лица — застывшим, взгляд — блуждающим, безразличным. Резко ухудшается ориентировка в месте и времени. Появляются вестибулярные расстройства (головокружение, тошнота, рвота и т. п.). Иногда возникает иллюзорное толкование окружающей действительности, нарушается оценка величины предметов, расстояния между ними и т. п. Ослабляется сердечная деятельность, снижаются артериальное давление, температура, нарастает физическая слабость, утрачивается интерес к окружающему. Опьяневший выглядит сонливым и вскоре засыпает тяжелым наркотическим сном, порой в самых неподходящих местах. В ряде случаев во время сна отмечаются непроизвольное мочеиспускание и дефекация, возникают судороги.

После глубокого сна, которым обычно заканчивается тяжелое опьянение, реальные события во время опьянения у большинства лиц, как правило, сохраняются в памяти. Иногда воспоминания бывают отрывочными, а нередко отмечается и полное запамятование.

В практике экспертизы встречаются атипичные состояния простого опьянения с истерическими явлениями (фантазирование, вымыслы, самооговоры и т. п.), элементами самопопустительства, преувеличения, озорства, сознательной распущенности, развязности и т. п. Незначительные ссоры, обидное слово, неудачная реплика, невыполненное желание оказываются достаточным поводом для опасных агрессивных действий опьяневшего. Решение осуществить то или иное действие реализуется тут же. При этом способность лица отдавать отчет в своих действиях и руководить ими сохраняется, иногда лишь ослабляясь.

Эксперт-психиатр должен помнить, что при диагностике состояний опьянения необходимо исходить из анализа всей клинической картины опьянения. Обстоятельства, не связанные с клинической структурой и психотическими проявлениями, могут лишь косвенным образом подтвердить диагноз этого состояния или причины его возникновения.

Патологическое опьянение

Патологическое опьянение — сумеречное помрачение сознания различной структуры, относится к группе острых кратковременных психотических расстройств. Krafft-Ebing (1869) различал 3 вида патологического опьянения: в виде помрачения сознания с бредом, похожего на эпилептическое, состояние возбуждения с галлюцинаторным бредом и скоропреходящее неистовство. В дальнейшем правильность его наблюдений была подтверждена.

В начале XX века клинику алкогольного опьянения, в частности патологического, в Германии изучали Gudden (1900), Heillbronner (1901), Bonhoeffer (1906), позже Birnbaum (1935), во Франции — Porot (1928), Benon (1936).

Garnier (1890) выделял ажитированно-моторную, сенсорную и бредовую формы патологического опьянения. Не видя принципиальной разницы между клиникой патологического и простого опьянения, одни психиатры предлагали отказаться от экспертизы опьянения (Birnbaum, 1935), другие — не высказываться в отношении «нормальных» опьянений (Heillbronner, 1901; Cramer, 1903), третьи предлагали вообще не признавать опьяневших невменяемыми (Mayer, 1927).

Ведущие отечественные психиатры, занимавшиеся исследованием клиники опьянения, с самого начала шли самостоятельным путем, сужая границы патологического опьянения и устанавливая его качественное отличие от простого алкогольного опьянения. В клинической характеристике болезненного опьянения они придерживались только одного термина — «патологическое опьянение» и в центр диагностики этого состояния ставили в первую очередь психопатологические расстройства.

В. П. Сербский (1900) и С. С. Корсаков (1901) рассматривали патологическое опьянение как кратковременное, остро протекающее расстройство психической деятельности с глубоким помрачением сознания, болезненной симптоматикой в виде бредовых и галлюцинаторных симптомов и следующим из этого неправильным поведением.

В генезе патологического опьянения С. С. Корсаков (1901) и В. П. Сербский (1912) придавали определенное значение наличию болезненной почвы, в частности эпилепсии, психопатии, хронического алкоголизма и т. п. Подобные взгляды на происхождение патологического опьянения отличаются от современных, но психопатологическая симптоматика, вкладываемая в понятие патологическое опьянение, общепризнана.

Сотрудники Института судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского (И. Н. Введенский, 1935, 1950; М. И. Затуловский, 1947, 1955; А. Н. Бунеев, 1955; Д. Р. Лунц, 1957; О. Е. Фрейеров, 1960; Я. М. Калашник, 1961, и др.), изучавшие клинику опьянения, более четко определили психопатологические особенности патологического опьянения, подчеркнули его качественное отличие от различных вариантов простого алкогольного опьянения, подробно разработали клинику его форм, установили надежные дифференциальные критерии.

И. Н. Введенский (1935) выделил две формы патологического опьянения—эпилептоидную и параноидную, или галлюцинаторно-параноидную. Эпилептоидную форму патологического опьянения он подразделял на два варианта: ажитированно-моторную с глубоким расстройством сознания, резкими явлениями психомоторного возбуждения, беспорядочной агрессией; сумеречно-автоматическую с сумеречным расстройством сознания, автоматическими действиями, напоминающими действия при эпилептическом сумеречном состоянии.

М. И. Затуловский (1947) патологическое опьянение характеризовал как «острое аффективно-бредовое сумеречное состояние» и подчеркивал, что оно имеет лишь незначительные психопатологические и клинические варианты. Он выступал против расширенного толкования патологического опьянения, доказывал не-

правомерность выделения так называемой психогенной (Birnbaum. 1935), маниакальной (Binder, 1935; Benon, 1936), астенической (Benon. 1939), ажитированной (Garnier, 1890; Levi-Valensi, 1948) форм патологического опьянения, так как клиническая симптоматика, вкладываемая авторами в указанные формы, не представляет чего-либо специфического для патологического опьянения, а характерна для выраженных вариантов простого алкогольного опьянения. М. И. Затуловский (1947) выделял два варианта патологического опьянения. К первому варианту он относил случаи, где «невозможно обнаружить какие-либо психотические переживания и продуктивные патологические образования». Здесь преобладают бесцельные моторные разряды, насильственные и разрушительные действия. Ко второму варианту патологического опьянения М. И. Затуловский (1947) относил случаи, где отмечаются главным образом психотические симптомы, патологическая дезориентировка в окружающем и появление ненормальных побуждений и влечений. Внешне моторные проявления при этом менее выражены, относительно скудны и однообразны. Деликты для них случайны и обусловлены обычно конфликтами и столкновениями, вызванными поведением человека с неясным сознанием и психотическими восприятиями и толкованием окружающего.

Психотические симптомы, позволяющие отграничить патологическое опьянение от простого алкогольного опьянения, по степени диагностической значимости М. И. Затуловский делит на 3 группы: признаки, специфические только для патологического опьянения (характерный внешний вид, бредовые высказывания, стереотипии и др.); признаки простого опьянения, как правило, отсутствующие при патологическом опьянении (эйфория, суетливость, раздражительность, гневливость и др.); признаки, встречающиеся как при простом, так и при патологическом опьянении (сон, амнезия).

Советские психиатры рассматривают патологическое опьянение как острое психотическое состояние, возникающее на фоне алкогольной интоксикации, со своеобразной болезненной симптоматикой, качественно не имеющей ничего общего с клиническими проявлениями простого алкогольного опьянения.

Патологическое опьянение возникает обычно в результате воздействия на организм, помимо алкоголя, временно ослабляющих вредных факторов: переутомления, недосыпания, перегревания, астенических состояний после перенесенных заболеваний и т. п. Однако понятие «временно ослабляющие организм факторы», как и понятие «болезненная почва», этиологически неопределенно и расплывчато. Не отрицая известного значения указан-

ных факторов, следует подчеркнуть, что значение перечисленных вредностей некоторые психиатры преувеличивают.

Прежние взгляды на то, что патологическое опьянение возникает главным образом у эмоционально неустойчивых людей (у психопатических личностей), у больных эпилепсией, у лиц с различной степенью выраженности олигофрении, не подтверждаются клиническими исследованиями. Изучение большого числа случаев патологического опьянения показывает, что оно обычно развивается у лиц с органическими изменениями головного мозга, преимущественно — с последствиями его травматического поражения.

Неправильно было бы считать одной из причин патологического опьянения определенное количество выпитого алкоголя. Патологический характер опьянения определяется не дозой алкоголя, а воздействием на организм целого ряда отрицательных внешних и внутренних факторов, совпадающих во времени с опьянением. Патологическое опьянение обычно развивается спустя некоторое время после приема алкоголя и независимо от его количества держится довольно короткое время, редко в течение нескольких часов. Из-за своей скоротечности оно почти никогда не бывает предметом врачебного наблюдения. Клинические проявления патологического опьянения психиатрам почти всегда приходится восстанавливать ретроспективно на основании свидетельских показаний, содержащихся в материалах уголовных дел.

При патологическом опьянении внезапно наступает резкое изменение сознания, подобное сумеречному, качественно отличающееся от «затуманенного» сознания или оглушенности при обычном опьянении. Находящийся в патологическом опьянении болезненно воспринимает окружающую действительность, внешняя обстановка становится для него угрожающей. Это сопровождается растерянностью, тревогой, страхом, достигающим иногда степени безотчетного ужаса. В состоянии патологического опьянения возможно оживление прошлых опасных ситуаций, патологическое воспроизведение ряда событий из ранее прочитанных книг и перенесение этого в воображаемую действительность. В этих случаях обычно сохраняется способность осуществлять довольно сложные целенаправленные действия, пользоваться транспортом, правильно находить дорогу и т. п. Однако чаще всего субъект, находящийся в состоянии измененного сознания, патологически дезориентирован, не способен к речевому общению с окружающими его лицами, он всегда действует один, никакие совместные действия в таких случаях невозможны. Речевая продукция при патологическом опьянении чрезвычайно скудна, а если она есть,

то всегда отражает тематику болезненных расстройств. Лица в этом состоянии обычно не реагируют ни на какие реальные раздражители, не отвечают на задаваемые вопросы, их внимание не удается привлечь.

При патологическом опьянении нередко сохраняется способность к некоторому синтезу психических явлений, к связыванию отдельных восприятий, с известной их систематизацией. Выраженность и систематизированность психотических нарушений при патологическом опьянении у различных лиц неодинаковы. Некоторые из них ярко, живо и подробно рассказывают о пережитом в состоянии патологического опьянения. Чаще же всего болезненная психическая продукция отрывочна, неясна, нестойка, но, судя по внешним проявлениям, она всегда есть. Особенности внешности, необычная, странная манера себя держать в этом состоянии также могут свидетельствовать о галлюцинаторно-бредовых расстройствах.

Совершаемые в патологическом опьянении поступки не являются следствием реальных мотивов и действительных обстоятельств и вместе с тем редко представляют собой хаотические беспорядочные действия. В основе таких поступков всегда лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. Насильственные действия имеют особый, защитный для субъекта характер, они обычно направлены на устранение воображаемой опасности.

При патологическом опьянении, как правило, мало затрагиваются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки, равновесие и действия, связанные с моторными процессами. Все это нередко способствует совершению необычайно ловких, сложных и быстрых движений, направленных на реализацию болезненных побуждений.

Заканчивается патологическое опьянение чаще всего так же внезапно, как и начинается. Иногда оно переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или остается смутное воспоминание о пережитом. Клинически наиболее оправдано выделять две формы патологического опьянения: параноидную, или галлюцинаторно-параноидную, и эпилептоидную.

Типичная картина параноидной, или галлюцинаторно-параноидной, формы патологического опьянения сводится к сумеречному помрачению сознания с внезапным, без предвестников, возникновением бреда, утратой контакта с реальной действительностью, психомоторным возбуждением, аффектами страха, гнева, бессмысленными стереотипными и импульсивными двигательными разрядами. Возникшие галлюцинаторно-бредовые расстройства, как правило, бывают устрашающими. Переживаемые аффекты субъект стремится реализовать в двигательных реакциях. Агрес-

сивные действия при патологическом опьянении отличаются большой разрушительной силой, внезапностью, жестокостью.

Находясь во власти устрашающих болезненных представлений, субъект может совершать ряд сложных и упорядоченных действий, вступать в контакт с окружающими, задавать вопросы, предупреждать об опасности. Однако речь такого лица обычно бывает отрывочной, в виде отдельных слов, фраз, всегда лаконичных, имеет форму приказаний, угроз и всем своим содержанием отражает болезненно искаженное восприятие окружающей действительности.

Обследуемый П., 30 лет, шофер, обвиняется в убийстве гр. К. В детстве П. развивался правильно, ничем не болел. В возрасте 25 лет перенес ушиб головы с потерей сознания. Спиртные напитки начал употреблять с 20 лет, выпивал до 2 раз в неделю. В состоянии опьянения становился общительнее, повышалось настроение.

О содеянном сообщил: в 12 ч выпил 250 г водки, через 2 ч в доме отца выпил еще 250 г водки, кроме того, пил пиво; затем пошел домой. О дальнейшем своем поведении ничего не помнит. «Пришел в себя» в отделении милиции.

Из материалов уголовного дела известно, что П. после распития водки в доме отца заснул. Через 15—20 мин он проснулся, «вытаращил» глаза и закричал: «Шпионы, бандиты, нас убивают, спасите». В одних трусах побежал по улице и громко повторял: «Довели... убивают... где правду найти... спасите». Подбежав к гаражу, потребовал от сторожа завести машину и «неестественно» кричал: «Я... я... убьют». На отказ сторожа завести машину ударил его железным прутом, пытался плечом выкатить машину из гаража. Два свидетеля этих событий сообщили о них в милицию.

Прибывшие на место происшествия работники милиции увидели на полу у стены труп сторожа. Положив голову на труп, крепко спал П., одетый в одни трусы. Через 40 мин он проснулся и на вопрос, где находится, ответил: «На своем рабочем месте». Был растерян, оглядывался по сторонам.

Судебно-психиатрическая экспертная комиссия одной из областных психиатрических больниц вопрос о психическом состоянии и вменяемости П. в момент правонарушения не решила.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского соматических отклонений от нормы не выявлено.

П. доступен контакту, во всем правильно ориентирован. Отрывочно вспоминает, что «проснулся», лежа на земле, увидел работников милиции, решил, что с кем-то подрался. О подробностях содеянного узнал в отделении милиции.

В момент правонарушения у П. неожиданно возникло двигательное возбуждение, отмечалась речевая продукция, свидетельствующая об искаженном восприятии окружающего с внешне целенаправленными действиями, терминальным сном на месте преступления и последующим полным запамятованием совершенного.

Стереотипность высказываний, обращение за помощью свидетельствуют о том, что П. переживал в то время опасную для его жизни ситуацию. Переживаемая болезненная ситуация вызвала у больного аффект страха, гнева, интенсивное двигательное возбуждение. Речевая продукция П. была следствием галлюцинаторно-бредовых расстройств. Эти высказывания ко-

миссия оценила как бредовые, поскольку в совокупности с другими клиническими данными они свидетельствуют о сумеречном расстройстве сознания. Состояние патологического опьянения подтверждается особенностями и обстоятельствами правонарушения. Безмотивность и жестокость содеянного при всей их относительной диагностической ценности в данном случае не могут быть исключены из всей суммы признаков, характерных для патологического опьянения.

В сочетании с другими симптомами амнезия у П. не вызывает сомнений в истинности. Совокупность всех клинических симптомов позволила расценить психическое состояние обследуемого в момент правонарушения как сумеречное расстройство сознания.

Заключение: П. совершил правонарушение в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического опьянения (параноидная форма); в момент правонарушения был невменяем.

Клиническая картина патологического опьянения эпилептоидной формы сводится к сумеречному омрачению сознания с внезапным резким двигательным возбуждением, нарушением ориентировки и контакта с реальной действительностью, подозрительностью, злобностью, настороженностью, аффектами страха, гнева и т. п. Двигательное возбуждение в таких состояниях обычно проявляется в чрезвычайно интенсивных, бессмысленных, хаотических агрессивных разрядах, которые совершаются с невероятной жестокостью, злобностью, нередко достигают степени автоматизмов и стереотипных действий.

Двигательное возбуждение, агрессивные действия определяются аффектами страха, гнева, они оторваны от действительности, их интенсивность не зависит от каких-либо моментов реальной обстановки. Находящийся в сумеречном состоянии обычно не убегает, а со злобой и яростью нападает на мнимых врагов. Во время агрессивных действий, как правило, отсутствует речевая продукция, редко бывает невнятное бормотание, иногда — крик. Двигательное возбуждение, агрессивные действия при этой форме патологического опьянения чаще всего внезапно обрываются, переходя в состояние физической расслабленности, малоподвижности с последующим сном и полной амнезией содеянного.

Примером эпилептоидной формы патологического опьянения может служить следующее наблюдение.

Обследуемый Л., 33 лет, обвиняется в убийстве гр. Б. В детстве рос и развивался правильно. Окончил 7 классов. Работал. Спиртные напитки начал употреблять с 25 лет. В состоянии опьянения всегда был придирчивым, беспокойным, часто «заводил скандалы».

О правонарушении сообщил: в 19 ч выпил 250 г тройного одеколона и пошел на дежурство. Через час с товарищем выпил еще 250 г одеколона. Что делал дальше, не помнит, «очнулся» связанным в машине скорой помощи по пути в милицию.

Из материалов уголовного дела известно, что спустя 2 ч после приема 500 г тройного одеколона Л. неожиданно схватил ружье и, стреляя, стал бегать по охраняемой им территории. Выражение лица у него было «разъяренным, диким», бегал он «ровно, не шатался». Л. неоднократно стрелял внутрь охраняемых зданий. На крики окружающих не обращал внимания. В дальнейшем Л. забежал в одно из зданий и открыл бесцельную стрельбу, во время которой убил Б. Л. в это время прятался, выкрикивал: «Где они... у... у... у...». После удара по голове Л. упал на землю, не сопротивлялся, что-то бормотал.

Судебно-психиатрическая экспертная комиссия одной из областных психиатрических больниц признала Л. вменяемым; диагноз: простое алкогольное опьянение. В связи с сомнением в правильности этого заключения следственными органами Л. был направлен на повторное освидетельствование.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского в физическом состоянии отклонений от нормы не выявлено. Л. доступен контакту, обеспокоен исходом судебного процесса. Психотических симптомов нет. Ссылается на полное запамятование совершенного. Критически оценивает создавшуюся ситуацию.

О патологическом опьянении свидетельствует почти полное отсутствие речевой продукции, погруженность в узкий круг болезненных переживаний, защитно-оборонительный характер агрессивных действий обследуемого. Двигательное возбуждение у Л. не закончилось критически последующим сном из-за удара по голове. Такое обстоятельство не может в данном случае говорить против диагноза патологического опьянения. Амнезия в совокупности с другими симптомами подтверждает сумеречное расстройство сознания у Л. в момент правонарушения.

Заключение: у Л. отмечалось патологическое опьянение эпилептоидной формы; в момент правонарушения был невменяем.

В диагностике патологического опьянения важнее установить не факт запамятования событий, а то, что сохранилось в памяти субъекта, какие болезненные нарушения он помнит. В таких случаях воспоминаниям субъекта следует доверять в той степени, в какой они согласуются с объективными данными.

Существенное значение для диагностики патологического опьянения имеет поведение субъекта после правонарушения. Лица, находящиеся в простом алкогольном опьянении, при задержании обычно сопротивляются, вступают в конфликт с работниками милиции, продолжают дебоширить и т. д. Подобного никогда не бывает у субъекта, перенесшего патологическое опьянение. При задержании такие лица равнодушны к случившемуся, их спокойствие не соответствует обстановке. Иногда они напряженно, испуганно озираются по сторонам, стараются вспомнить что-то, вздрагивают при обращении к ним. Возникает общая физическая слабость, резкая утомляемость.

Дифференциальный диагноз. Отграничение параноидной формы патологического опьянения от простого алкогольного опьянения должно основываться не только на отсутствии острого, внезапного начала и окончания психомоторного и аффек-

тивного возбуждения при простом опьянении, но и на признаках сумеречного помрачения сознания, свойственного патологическому опьянению (страх, гнев, автоматизированное поведение, двигательные разряды, определенная речевая продукция и т. п.).

Нередко субъекты в состоянии простого опьянения в моменты агрессии выкрикивают отдельные слова («шпион», «фашист», «война») и отрывочные фразы («вы окружены», «сегодня опасно»). Рассмотренные изолированно, оторванно от всей клинической картины опьянения, перечисленные высказывания могут наводить на мысль о бредовых расстройствах или обманах восприятия.

Эти высказывания отличаются от речевой продукции при патологическом опьянении тесной связью с присоединившимися к опьянению реальными психотравмирующими факторами. Они качественно отличаются от речевой продукции при патологическом опьянении, сочетаются с обычным пьяным возбуждением, употребляются опьяневшими в качестве оскорбительных, бранных слов, угроз. Высказывания имеют определенную динамику, доступны внешнему воздействию, сочетаются с другими физическими и психическими признаками простого алкогольного опьянения. Можно предположить, что существует связь между этими высказываниями и иллюзорными обманами, возможными в состоянии тяжелого простого алкогольного опьянения у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

Отграничение патологического опьянения эпилептоидной формы от внешне сходных выраженных вариантов простого алкогольного опьянения должно основываться на симптомах сумеречного помрачения сознания (искаженность восприятий, сохранность моторики, автоматизмы, аффекты ужаса, страха и т. п.).

Имея ряд сходных черт с двигательным возбуждением при патологическом опьянении (интенсивность, острота возбуждения, склонность к моторным разрядам, разрушительным, немотивированным, жестоким действиям и пр.), двигательное возбуждение при простом опьянении не исчерпывает клиническую картину в целом. Его длительность зависит от реальных обстоятельств, оно доступно внешнему воздействию. Кажущееся однообразие, однотипность моторных разрядов не достигает степени автоматических, стереотипных действий, присущих эпилептоидной форме патологического опьянения.

Бессвязная речевая продукция при простом опьянении в ряде случаев может создать впечатление галлюцинаций или бреда, свойственных психическим эквивалентам. Однако в основе психических эквивалентов, как правило, лежит сумеречное состояние различной глубины и продолжительности с дезориентировкой в

окружающем, извращенным восприятием реальности, устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями. Психические эквиваленты имеют неожиданное начало и внезапное окончание. Искаженно-бредовое восприятие реальной действительности определяет внезапность, немотивированность, бессмысленность агрессивных разрядов, чаще в виде неожиданного нападения на случайных лиц, реже — защиты от мнимых врагов.

Однообразные агрессивные действия, появляющиеся на высоте двигательного возбуждения, могут внешне напоминать стереотипию или двигательный автоматизм, характерные для эпилептоидного возбуждения. Однако при простом алкогольном опьянении они имеют другое происхождение и качество, являются результатом предшествующего аффективного и двигательного возбуждения, злобности, мстительности, связаны с реальной ситуацией, зависят от реальной обстановки.

Двигательное возбуждение при патологическом опьянении выступает на передний план, является следствием сумеречного помрачения сознания, окрашено патологическими аффектами в виде страха, гнева. Иногда необходимо отграничить патологическое опьянение от абортивных алкогольных психозов (острый алкогольный параноид, острый галлюциноз, абортивные формы белой горячки), нередко возникающих на фоне опьянения.

При патологическом опьянении нет достаточно типичных для абортивных делириозных состояний симптомов: подвижных зрительных галлюцинаций, характерного изменения сознания, своеобразного расстройства настроения (сочетание эйфории с тревогой) и соответствующих соматических расстройств.

Судебно-психиатрическая оценка

Сохранность способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими дает право законодателю исключить простое алкогольное опьянение из числа психотических расстройств, обусловливающих невменяемость, и ввести в Уголовный кодекс специальную статью (12), подчеркивающую, что лицо, совершившее преступление в состоянии простого алкогольного опьянения, не освобождается от уголовной ответственности.

Повышенная общественная опасность лиц, совершивших преступления в состоянии опьянения, обусловила принятие Закона СССР от 11 июля 1969 г., в котором перечень отягчающих обстоятельств дополнен п. 10 «Совершение преступления лицом, находящимся в состоянии опьянения» [1]. Ранее аналогичная норма

[1] «Ведомости Верховного Совета СССР», 1969, № 29, с. 249.

содержалась в ст. 13 Указа «Об усилении ответственности за хулиганство» от 26 июля 1966 г.

Поскольку врач, как правило, не является свидетелем состояния патологического опьянения, умело собранные следователем данные о психическом состоянии обследуемого в момент правонарушения дают возможность экспертам правильно оценить это состояние и вынести соответствующее заключение.

Детальный, плановый опрос свидетелей позволяет выяснить не только обстоятельства и характер правонарушения, но и ряд особенностей поведения обследуемого, как до совершения правонарушения (резкое изменение поведения, странные поступки, отношение к окружающим и т. п.), так и во время (сохранение речевого контакта, содержание высказываний и т. п.) и после него (характер выхода из болезненного состояния, реакция на задержание, содеянное и т. п.).

Только правильно собранный, подготовленный судебно-следственными органами материал для судебно-психиатрической экспертизы обеспечит правильность диагностики и экспертных выводов.

Если невозможно получить дополнительные материалы о психическом состоянии обследуемого в момент правонарушения, экспертизу необходимо переносить в судебное заседание. В судебном заседании эксперты могут провести квалифицированный психиатрический опрос свидетелей и обследуемого и тем самым воссоздать картину правонарушения, динамику событий и вынести соответствующее заключение.

Патологическое опьянение представляет собой острый, быстро протекающий психоз, ему дается и соответствующая судебно-психиатрическая оценка — обследуемые признаются невменяемыми в соответствии со ст. 11 Основ уголовного законодательства.

К лицам, совершившим правонарушение в состоянии кратковременных расстройств психической деятельности и признанным невменяемыми, необходимо применять меры медицинского характера, если для этого имеются соответствующие показания (например, временное заострение постоянно присущих им нервно-психических аномалий и др.).

Иногда этих лиц можно направлять к районному психиатру по месту жительства для динамического наблюдения. Если у перенесшего патологическое опьянение или другое кратковременное расстройство психической деятельности обнаружены органические изменения центральной нервной системы или хронический алкоголизм, целесообразно проводить специальное лечение в психиатрической больнице, которое обычно сочетается с массивной дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией.

Хронический алкоголизм

Хронический алкоголизм, алкогольная токсикомания, хроническая алкогольная интоксикация — болезнь, определяющаяся психической и физической зависимостью от алкоголя и неодолимым к нему влечением, приводящими к постоянному или периодическому его употреблению, в связи с чем возникают психические и физические расстройства, а также личностные изменения различной глубины.

В развитии хронического алкоголизма можно отметить 3 последовательные стадии, характеризующиеся совокупностью четко очерченных симптомов болезни. Эта комбинация специфических симптомов болезни лежит в основе классификации алкоголизма, предложенной И. В. Стрельчуком (1966).

Для начальной (компенсированной) стадии хронического алкоголизма характерно снижение контроля над количеством употребляемого алкоголя и повышение толерантности к нему. Влечение к алкоголю бывает обсессивным. В картине опьянения наряду с обострением свойственных данной личности характерологических особенностей появляются новые черты: злобность, ревность, назойливость. Динамическому изменению подвергаются и стадии опьянения: эйфорическая, возбуждения и наркоза. Эйфорический период опьянения значительно сокращается, клинически это выражается в неадекватных, аффективно окрашенных реакциях на малозначительные внешние раздражители. Вне состояний опьянения отмечаются повышенная раздражительность, придирчивость, сужение круга интересов и т. п. Обычно начальная стадия длится в среднем 1—3 года.

Отличительной особенностью средней (субкомпенсированная) стадии хронического алкоголизма является усиление патологического влечения к алкоголю и появление синдрома похмелья (абстинентного синдрома) (С. Г. Жислин, 1929, 1931). Синдром абстиненции вначале проявляется вегетативно-неврологическими симптомами (потливость, дрожание, вестибулярные расстройства), а в последующем присоединяются психические расстройства (подозрительность, неуверенность, идеи отношения, пониженно-тревожное настроение, нарушение сна, нестойкие обманы восприятия).

В средней стадии значительно изменяется картина опьянения. Эйфорический период часто полностью отсутствует, преобладают возбуждение, гневливость, агрессивность, возникающие то спонтанно, то под влиянием переживаний, связанных с давними конфликтами. Уменьшаются и полностью исчезают бывшие ранее нарушения моторики. В состоянии похмелья обычно сохраняется

придирчивость, злобность, склонность к конфликтам. Это содействует совершению безмотивных преступлений. Отмечается снижение интеллектуальных возможностей и критики. В первой стадии хронического алкоголизма наблюдаются лишь функциональные нарушения деятельности внутренних органов, а во второй уже возникают различные заболевания сердечно-сосудистой системы, желудка, эндокринные расстройства. Наиболее частые и серьезные последствия интоксикации алкоголем — заболевания печени (гепатиты). В средней стадии возникают острые психотические состояния, протекающие преимущественно по типу делирия или галлюциноза. Продолжительность этой стадии хронического алкоголизма — 3—5 лет. Средняя стадия наиболее криминогенна.

Тяжелая (декомпенсированная) стадия хронического алкоголизма характеризуется резким снижением толерантности к алкоголю, удлинением абстинентного периода, запоями. Структура и проявления всех фаз опьянения резко меняются. Эйфорический период опьянения практически отсутствует, период возбуждения резко сокращен. Опьянение наступает от малых доз алкоголя и быстро заканчивается стадией наркоза.

Вследствие ослабления половой потенции нередко возникают идеи ревности, которые иногда принимают болезненный характер. Идеи ревности обычно усиливаются в состоянии опьянения и становятся доминирующими (сверхценные) идеями. Больные хроническим алкоголизмом совершают преступления из-за повышенной возбудимости, злобности, подозрительности, активизации инстинктивных механизмов, нередко из-за транзиторных обманов восприятия.

Л е ч е н и е больных хроническим алкоголизмом проводится строго индивидуально и в первую очередь должно быть направлено на ликвидацию явлений интоксикации. Помимо дезинтоксикационной терапии, применяют большие дозы витаминов, особенно группы В, малые транквилизаторы (седуксен, тазепам, мепробамат), снотворные небарбитурового ряда (эуноктин, адалин).

В последующем возможно проведение условнорефлекторной терапии для выработки тошнотной и рвотной реакции на алкоголь (апоморфин, эметин, баранец и др.). Применяют и другие лекарственные средства, сенсибилизирующие организм к алкоголю (тетурам, темпозил и др.). Это лечение сочетают с психотерапией, как индивидуальной, так и коллективной, в том числе и гипнотерапией.

Больные алкоголизмом, уклоняющиеся от добровольного лечения в учреждениях Министерства здравоохранения СССР, на основании Указа «О принудительном лечении и трудовом пере-

воспитании хронических алкоголиков» направляются на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории Министерства внутренних дел СССР[1].

Судебно-психиатрическая оценка психического состояния при хроническом алкоголизме, как правило, не представляет значительных трудностей. Несмотря на определенные психические изменения, лица, страдающие алкоголизмом, не лишены способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, такие лица вменяемы. Исключение могут составить довольно редкие случаи, когда хронический алкоголизм в сочетании с дополнительными органическими факторами (травмы головы, атеросклеротические или другие возрастные изменения) сопровождается выраженным алкогольным слабоумием.

В целях профилактики повторных правонарушений в соответствии со ст. 62 УК РСФСР и аналогичными нормами уголовных кодексов других союзных республик экспертные комиссии должны рекомендовать суду проводить принудительное противоалкогольное лечение лицам, страдающим алкоголизмом, в период отбытия наказания. Ст. 62 УК РСФСР следует распространять не только на лиц с выраженными признаками хронического алкоголизма, но и на тех, у кого еще нет отчетливых психических изменений. Исключение составляют случаи, когда другое тяжелое заболевание препятствует проведению противоалкогольного лечения.

Алкогольные психозы

Клинически различают следующие алкогольные психозы: алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз и алкогольные бредовые психозы (алкогольный параноид).

Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) является самой частой формой алкогольных психозов. Он составляет более 83% среди алкогольных психозов у мужчин и 76% — у женщин (А. К. Качаев, 1971).

Патогенез алкогольного делирия. Многие авторы связывают его возникновение с нарушениями дезинтоксикационной, жировой и пигментной функции печени (И. В. Стрельчук, 1972; Binswanger, 1932; Bargnes, 1937). Различные печеночные пробы позволили установить одинаковые нарушения функции печени при делирии и хроническом алкоголизме.

Kraepelin (1913) считал, что алкогольный делирий обусловлен глубокими нарушениями обмена веществ.

---

[1] «Ведомости Верховного Совета РСФСР», 1974, № 10, с. 287.

Действительно, все большее число фактов свидетельствует о том, что при делирии в крови накапливаются кетокислоты, возникает ацидоз, повышается уровень билирубина, падает концентрация ионов магния и калия, развивается гипер-, а затем гипоадренергия. Токсикоз и гипоксия вызывают повышенную проницаемость сосудистой стенки и отек мозга. Все авторы, изучавшие патогенез делирия, считают, что его развитию способствуют инфекционные заболевания, психогении, травмы, обострения заболеваний внутренних органов.

Алкогольный делирий обычно развивается после прекращения злоупотребления алкоголем в состоянии абстиненции или на высоте запоя. Делирию могут предшествовать судорожные припадки с расстройствами сознания. Непосредственно перед возникновением психоза настроение становится подавленным, тревожным. Отмечаются резкое дрожание рук, обильная потливость, головокружение, диспепсические расстройства. Сон становится поверхностным, отрывистым, тревожным. Появляются устрашающие сновидения — преследования, катастрофы, нападения зверей. Больные в страхе просыпаются.

Начало делирия обычно острое, сопровождается нарушением ориентировки в месте и времени, обилием разнообразных, преимущественно зрительных, галлюцинаций, иллюзий, суетливым возбуждением, аффектами страха. При зрительных и тактильных галлюцинациях больные стряхивают с себя мелких животных, насекомых, под влиянием ярких устрашающих галлюцинаций они убегают, прячутся, совершают агрессивные действия. Бредовые идеи преследования нестойки, они легко меняются соответственно переживаемым галлюцинациям. Больные все время находятся в состоянии двигательного и речевого возбуждения. Постепенно с нарастанием оглушенности речь становится все более отрывочной и бессвязной. Галлюцинаторные, бредовые и аффективные расстройства редуцируются. Исчезает присущая началу психоза откликаемость на внешние события. Интенсивность двигательного возбуждения все более уменьшается. Если психическое состояние продолжает ухудшаться, оглушенность сознания сменяется сопором, во время которого может наступить смерть. В благоприятных случаях психоз длится 3—5 дней. Завершение психоза может быть критическим или литическим.

Наряду с классическим делирием все чаще описывают его атипичные варианты: абортивное, затяжное или пролонгированное, галопирующее или «молниеносное» течение (И. В. Стрельчук, 1966; Е. Д. Майбурд, 1969; Г. Ф. Колотилин, 1974; И. Г. Ураков и др., 1974, и др.). Не только течение, но и клиническая картина делирия может отличаться от описанной.

Возросшая тенденция к рецидивированию алкогольного делирия находит свое отражение и в усложнении его структуры от делириозных к картинам, в которых наряду с симптомами делирия большое место занимают вербальные галлюцинации, а затем и бредовые состояния.

В экспертной практике нередко возникают трудности при отграничении абортивных делириозных состояний, простого от патологического опьянения. Для абортивных делириозных состояний патогномоничен изменчивый аффект тревоги, страха, сменяющийся эйфорией, с физической стороны — тремор и т. п. Поведение больных алкогольным делирием внешне чрезвычайно характерно: они ведут себя адекватно переживаемым галлюцинациям, ищут защиты, помощи у окружающих, прячутся, реже — совершают нападения и т. п. По отдельным характерным высказываниям этих больных можно судить о бредовых идеях, тесно связанных с галлюцинациями.

Лечение больных алкогольным делирием основано на массивной дезинтоксикационной терапии, направленной на восстановление нарушенного обмена веществ, и применении психотропных средств (седуксен, аминазин, галоперидол). Больные алкогольным делирием особенно опасны для окружающих и самих себя в инициальном и развернутом периоде заболевания с наиболее яркими психопатологическими проявлениями. Такие больные невменяемы. Лиц, совершивших опасные действия в состоянии делирия и признанных невменяемыми, с целью профилактики повторения психотических состояний следует помещать для принудительного лечения в психиатрические больницы.

Делирий нередко возникает вскоре после ареста. В таких случаях особенно важно установить время начала делирия по отношению к моменту правонарушения.

При экспертизе психического состояния лиц, в прошлом перенесших алкогольные психозы, в том числе и делирии, следует учитывать возможность преднамеренного, сознательного воспроизведения бывшей болезненной симптоматики. Тщательное изучение материалов уголовного дела, осторожные расспросы обследуемого об его переживаниях позволяют отграничить истинный психоз от преднамеренного изображения бывшего когда-то психотического состояния. При исследовании психического состояния обследуемого следует учитывать соответствие поведения в момент правонарушения по материалам уголовного дела содержанию болезненной симптоматики. Во избежание ошибки необходимо точно установить начало болезненного состояния. Признавать болезненное состояние следует только после сопоставления материалов следствия с субъективными высказываниями

обследуемых. Учитывают и характер изменений личности при алкогольных психозах: лживость, снижение критики и т. п.

Алкогольный галлюциноз, так же как и другие алкогольные психозы, возникает на фоне длительного злоупотребления алкоголем. По-видимому, для возникновения алкогольного галлюциноза наряду с хронической интоксикацией алкоголем необходимы сопутствующие нарушения обмена веществ, а также органические повреждения головного мозга, травмы, конституциональные особенности (И. В. Стрельчук, 1970).

Основным клиническим признаком алкогольного галлюциноза, отличающим его от делирия, являются сохранность сознания и всех видов ориентировки и преимущественно слуховые вербальные галлюцинации. Больной слышит голоса беседующих о нем людей, он воспринимает их как голоса знакомых, товарищей по работе, родных. Содержание таких «бесед» большей частью неприятное — угрозы, брань, насмешки, оскорбления, обсуждение прошлых поступков (больной — «погибший», его ждет «виселица», «тюрьма», ему осталось жить несколько дней или часов). К слуховым галлюцинациям присоединяются скоротечные, возникающие главным образом в темноте при закрытых глазах, зрительные обманы восприятия и галлюцинации общего чувства. В последнее время в структуре алкогольного галлюциноза описаны слуховые псевдогаллюцинации и другие проявления синдрома Кандинского — Клерамбо (И. В. Стрельчук, 1966; М. Г. Гулямов, 1971). Больной испытывает страх, тревогу, ему кажется, что его хотят повесить или заточить в «сумасшедший» дом. Чтобы не погибнуть, больные пытаются спастись бегством, уговаривают родных уехать в другой город и т. п. Обычно бредовые идеи не бывают систематизированными, они связаны с галлюцинациями, соответствуют их содержанию.

В первые дни заболевания и на высоте его критическое отношение к галлюцинациям отсутствует. Находясь под влиянием галлюцинаций и бредовых идей, больные по приказу «голосов» совершают правонарушения, делают попытки к самоубийству. Одни больные обращаются в органы милиции за помощью, другие устраивают баррикады в своей квартире, вооружаются для защиты от мнимых врагов. Нередко больные яростно нападают на воображаемых противников.

Со временем «голоса» становятся не такими интенсивными и теряют аффективную насыщенность, больные «сживаются» с ними. Поведение внешне становится более упорядоченным, однако при внимательном наблюдении можно заметить, что больные постоянно спорят с голосами, их внимание непрерывно фиксировано на галлюцинациях.

17*

Течение заболевания в основном острое, реже — подострое и еще реже — хроническое. Острый алкогольный галлюциноз может протекать абортивно (1—2 дня) или длится от нескольких дней до 2—3 мес. Окончание острого алкогольного галлюциноза чаще всего литическое: психопатологическая симптоматика редуцируется в порядке, обратном появлению. После ее исчезновения долго сохраняется астения.

Подострые (затяжные) алкогольные галлюцинозы чаще всего возникают вслед за перенесенными алкогольными делириями или острыми алкогольными галлюцинозами и являются отражением прогредиентности хронического алкоголизма, продолжаются до 6—12 мес. Они могут протекать с включением в структуру психоза выраженных депрессивных явлений, депрессивно-бредовых или парафренных расстройств. В структуре затяжного алкогольного галлюциноза возможно появление элементов синдрома Кандинского — Клерамбо в форме бреда физического или психического воздействия. Чаще затяжные алкогольные галлюцинозы возникают в декомпенсированной стадии алкоголизма при дополнительных отягощающих факторах (употребление алкогольных суррогатов, соматические заболевания или органическая неполноценность головного мозга).

Особенностью хронических алкогольных галлюцинозов является усложнение психопатологической симптоматики, что можно отнести на счет прогредиентности болезненного процесса. Хронический алкогольный галлюциноз может протекать с преобладанием одних вербальных галлюцинаций или с развитием сложных галлюцинаторно-бредовых состояний, при которых наряду с вербальными галлюцинациями появляются различные компоненты синдрома Кандинского — Клерамбо и развиваются политематические бредовые идеи, в том числе и парафренной структуры.

В судебно-психиатрической практике чаще всего встречаются случаи острого алкогольного галлюциноза. Нередко его необходимо отличать от патологического опьянения и выраженных вариантов простого алкогольного опьянения. Слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования, страх, тревога на фоне ясного сознания, в частности, сохранной ориентировки, исключают патологическое опьянение и тем более простое алкогольное опьянение.

Лица в состоянии алкогольного галлюциноза невменяемы; для профилактики рецидивов психотических состояний их следует помещать на длительное принудительное лечение в психиатрические больницы с дальнейшим наблюдением у районного психиатра. В случаях, когда алкогольный галлюциноз принимает затяжное хроническое, неблагоприятное течение, возможно применение ч. 2 ст. 11 УК РСФСР.

При лечении алкогольных галлюцинозов сохраняется тот же принцип, что и при лечении алкогольных делириев. Из психотропных средств хороший эффект оказывают галоперидол, трифтазин, этаперазин.

Алкогольный параноид. Впервые алкогольный параноид как самостоятельную форму алкогольного психоза выделил и описал И. В. Стрельчук (1949). Ранее алкогольный бред рассматривали как отдельный симптомокомплекс в рамках различных алкогольных психозов (Kraepelin, 1912; Bleuler, 1920).

Развивая концепцию о нозологической самостоятельности алкогольного параноида, одни авторы включают в его структуру бред ревности (Н. Н. Тимофеев, 1955; В. Е. Рожнов, 1961), другие рассматривают алкогольный бред ревности вне рамок алкогольного параноида (В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, 1968). Различные точки зрения на структуру алкогольного параноида порождены его клинической неоднородностью.

Развитию острого алкогольного параноида обычно предшествуют недомогание, подавленность, двигательное беспокойство. В дальнейшем появляются аффекты страха, тревоги, отрывочные бредовые идеи преследования, особого значения, физического воздействия. Постепенно нарастает двигательное беспокойство, нередко появляется симптом гиперметаморфоза (С. П. Позднякова, 1970). Это свидетельствует о неглубоком помрачении сознания, которое приближается к делириозному типу. Окончание этого психотического состояния обычно критическое, с амнезией той или иной степени. Особенностью острого варианта течения алкогольного параноида является совершение больными в периоде наибольшей остроты болезни социально опасных действий против личности.

Встречаются и более длительные, развернутые варианты течения алкогольного параноида с проявлениями синдрома Кандинского — Клерамбо. Этот тип течения психоза отличается чувственно яркими бредовыми идеями преследования, ревности, отравления, физического воздействия, зрительными и слуховыми обманами восприятия. Появление в структуре психоза галлюцинаторных расстройств, бредовых идей ревности определяет значительную социальную опасность таких больных. При затяжных алкогольных параноидах в клинической картине присутствуют систематизированные идеи преследования, ревности, отравления. В структуру психоза могут включаться и кратковременные иллюзорно-галлюцинаторные расстройства, преимущественно эротического содержания. Очень часто встречается бредовое поведение — проверка белья жены, слежка, употребление особых запоров. Больные приводят конкретные «факты» измены. Один больной

утверждал, что цементные ступеньки возле его квартиры «подтерлись», полагая, что жена встречается с «любовниками» на лестничной площадке. Нередко неправильное поведение больных проявляется нелепыми заявлениями в общественные организации и органы милиции. Бредовые идеи ревности обычно конкретны, отличаются узостью содержания, иногда абсурдностью, имеют тенденцию к расширению круга мнимых любовников, сообщников и преследователей.

Когда к бредовым идеям ревности присоединяются бредовые идеи преследования, больному начинает казаться, что «любовники» жены следят за ним, при встрече многозначительно улыбаются, подают друг другу знаки. В таком состоянии больные нередко совершают жестокие насильственные действия в отношении жены, наносят увечья мнимым любовникам. Этот вариант алкогольного параноида обычно протекает длительно, несколько лет.

В судебно-психиатрической практике возможны затруднения при отграничении острого варианта течения алкогольного параноида от патологического опьянения, сложных форм простого алкогольного опьянения, а также от метасимуляций. Нелегко бывает отличить и так называемые психологически понятные идеи ревности, свойственные больным хроническим алкоголизмом, от бреда ревности при алкогольном параноиде. Болезненные идеи ревности всегда сопровождаются выраженными аффектами страха, тревоги, как правило, сочетаются с бредовыми идеями отношения, преследования. Бредовые идеи ревности занимают основное место в комплексе тесно связанных между собой других психотических нарушений, протекающих на напряженно аффективном фоне, и не поддаются коррекции. Больные, обнаруживающие бредовые идеи ревности, невменяемы.

Следует отличать алкогольные параноиды от шизофрении, осложненной злоупотреблением алкоголем. В этих случаях решающее значение имеют качественная структура психопатологических синдромов, закономерности течения, сочетание с другими симптомами, принимающими участие в оформлении клинических проявлений алкогольных параноидов или шизофрении.

При алкогольных параноидах обращает внимание внешняя эмоциональная живость, адекватность и сохранность самосознания больных.

Болезненные расстройства всегда отражаются на их поведении. У больных шизофренией обнаруживается хаотичное, беспорядочное пьянство, импульсивное влечение к алкоголю. В состояниях опьянения они нелепы, совершают мало понятные поступки, нередко проявляют подозрительность и психомоторное возбуждение со стереотипиями, гримасничанием, бессмысленным смехом,

застыванием. Разграничению в этих случаях помогают качественные особенности негативных изменений личности как при шизофрении, так и при алкогольных параноидах. Основным видом терапии больных алкогольными параноидами являются психотропные средства (галоперидол, тизерцин, аминазин и др.). С целью профилактики рецидивов алкогольного параноида обязательно лечат собственно хронический алкоголизм.

Судебно-психиатрическая статистика показывает, что по частоте и тяжести общественно опасных действий первое место принадлежит больным алкогольными параноидами. Опасность таких больных в первую очередь обусловлена бредовыми идеями ревности, преследования. Эти больные всегда остаются потенциально опасными для окружающих, особенно для жен, детей, родственников. Данное обстоятельство необходимо учитывать при назначении мер медицинского характера, так как эти больные нуждаются в длительном принудительном лечении в психиатрических больницах специального типа независимо от содержания правонарушения. Особенно это положение справедливо для больных с рецидивирующим течением алкогольных параноидов, так как, несмотря на тщательное лечение, после выписки из больницы у них может возникнуть рецидив алкоголизма, который в свою очередь способен спровоцировать рецидив алкогольного параноида. По окончании принудительного лечения необходимо строго соблюдать ступенчатость, а при продолжении принудительного лечения в психиатрических больницах общего типа проводить противоалкогольное лечение с активной трудовой терапией.

В связи с особой опасностью больных алкогольными параноидами их необходимо выписывать на попечение родственников и под обязательное динамическое наблюдение районных психиатров. Лиц, у которых алкогольный параноид возник после правонарушения, следует направлять в психиатрические больницы до окончания болезненного состояния с последующей передачей судебно-следственным органам. В случаях, когда алкогольные параноиды принимают затяжное течение, возможно применение ч. 2 ст. 11 УК РСФСР.

При экспертизе психического состояния лиц, в прошлом перенесших острые алкогольные параноиды, следует учитывать их склонность к сознательному воспроизведению пережитых ранее психотических симптомов (метасимуляция).

Корсаковский психоз. В 1887 г. С. С. Корсаков впервые описал психические нарушения при алкогольном полиневрите, которые современники автора назвали корсаковским психозом. В настоящее время многие психиатры рассматривают корсаковский психоз как одну из хронических форм алкогольной энцефалопатии.

Корсаковский психоз развивается преимущественно на конечной стадии хронического алкоголизма. Наиболее характерны для него расстройства памяти. Они складываются из нарушений памяти на текущие события и ложных воспоминаний, конфабуляций и псевдореминисценций. Все новые впечатления забываются настолько быстро, что больной может в течение нескольких минут неоднократно повторять одно и тоже действие, например здороваться с врачом. Выполнение каких-либо элементарных заданий невозможно, так как никакие инструкции не усваиваются.

Специфическим признаком психоза являются полиневриты. При неврологическом осмотре отмечаются парезы и параличи с атрофией мышц, резкая болезненность при надавливании по ходу нервных стволов, расстройства чувствительности, ослабление или исчезновение сухожильных рефлексов. Полиневриты не всегда коррелируют с глубиной нарушений памяти, бывают случаи, когда при грубых мнестических нарушениях явления полиневрита выражены слабо и наоборот.

При непрекращающемся употреблении алкоголя психоз протекает прогредиентно, с постепенным нарастанием мнестических расстройств, приводящих к особой форме слабоумия. Прекращение употребления алкоголя и соответствующая терапия могут приостановить развитие болезни, а в ряде случаев смягчить имеющиеся расстройства памяти.

Существенным компонентом терапии является парентеральное введение больших доз витаминов, в первую очередь группы В. В последние годы появились сообщения об эффективности пангамовой кислоты и гаммалона (И. В. Стрельчук, 1972).

Алкогольный псевдопаралич является одной из редких, но наиболее тяжелых форм алкогольной энцефалопатии и развивается, как правило, на отдаленных этапах хронического алкоголизма. Алкогольному псевдопараличу обычно предшествуют снижение толерантности организма к алкоголю, употребление суррогатов спиртных напитков, делириозные или галлюцинаторные психотические эпизоды, эпилептиформные припадки, из соматических осложнений — алкогольные гепатиты или цирроз печени. Важную патогенетическую роль в возникновении алкогольного псевдопаралича имеет наступающий вследствие алкогольной интоксикации авитаминоз, в частности дефицит витаминов группы В.

В психическом состоянии больных обычно отмечают недостаточную концентрацию внимания, истощаемость, общее обеднение психических процессов с нарушением комбинаторных и ассоциативных функций интеллектуальной деятельности. Ответы на вопросы нередко бывают эхолалическими. Выявляется отчетливое снижение памяти на текущие события. Мнестические нарушения

могут сопровождаться конфабуляторными проявлениями различной интенсивности. Продуктивные психопатологические расстройства довольно бедны. Отмечаются рудиментарные слуховые и зрительные обманы восприятия. Аффективная сфера обычно характеризуется эйфорией и благодушием. На этом фоне могут возникать фрагментарные бредовые и бредоподобные идеи величия. Резко снижено критическое отношение к своему состоянию и к ситуации в целом.

Для диагностики алкогольного псевдопаралича важное значение имеют неврологические расстройства — дизартрия, гипо- и анизорефлексия, патологические рефлексы, парестезии и парезы конечностей. Описанный комплекс нарушений при хроническом алкоголизме имеет большое сходство с клиникой прогрессивного паралича, что послужило поводом для исторически сложившегося ее обозначения как «алкогольный псевдопаралич».

Существует, однако, целый ряд дифференциально-диагностических отличий между этими двумя болезнями. Отличия касаются как динамики заболевания (связь алкогольного псевдопаралича с предшествующим хроническим злоупотреблением алкоголем, меньшая его прогредиентность), так и данных объективного обследования — отсутствие положительных специфических серологических реакций при алкогольном псевдопараличе.

Патологические нарушения при алкогольном параличе очень стойки и трудно устранимы при лечении, которое следует начинать как можно раньше. Наибольшее значение имеет введение витаминов группы В. Наряду с этим необходимы общеукрепляющие симптоматические лечебные мероприятия, а также небольшие дозы психотропных средств. Интенсивная терапия позволяет добиться со временем лишь частичного смягчения болезненных проявлений.

Судебно-психиатрическое значение алкогольного псевдопаралича и корсаковского психоза крайне незначительно. При психотических расстройствах в момент совершения криминальных действий и интеллектуальном снижении субъект невменяем.

Дипсомания — особая форма периодически наступающего запоя. Встречается у лиц, не страдающих алкоголизмом. Началу дипсомании обычно предшествуют, иногда задолго, тяжелое дисфорическое состояние, бессонница, головные боли, отсутствие аппетита. Как предвестники приближающегося приступа болезни нередко появляются безотчетный страх, параноидная настроенность, обонятельные галлюцинации в виде запаха алкоголя (И. Н. Введенский, 1912).

По мнению П. Б. Ганнушкина (1925), эпилептоидная конституция является одной из причин развития различных импульсив-

ных состояний, в том числе и дипсомании. По данным И. В. Стрельчука (1966), дипсоманией страдают психопатические личности с импульсивными влечениями и больные эндокринопатией. У них можно выявить отдельные симптомы поражения диэнцефальной области.

Во время приступа, длящегося несколько дней, больные принимают очень большое количество алкоголя, ничего не едят, производят впечатление физически тяжело больных. Лицо у них гиперемировано, одутловато, язык обложен. Сон чаще всего поверхностный, сопровождающийся кошмарными сновидениями, возможны эпизодические галлюцинации наяву. Приступы дипсомании обычно заканчиваются внезапно, в ряде случаев завершаются развитием делирия.

После прекращения приступа общее состояние больных постепенно улучшается, появляется отвращение к алкоголю с амнезией отдельных периодов запоя. С годами у таких больных светлые промежутки между приступами запоя сокращаются, а длительность запоев увеличивается; запой может переходить в хронический алкоголизм.

Установление диагноза истинной дипсомании — редкого заболевания — представляет известные трудности. Дипсоманию необходимо отграничивать от псевдодипсомании (ложного запоя), нередкой при тяжелых формах хронического алкоголизма. Истинные дипсомании всегда начинаются внезапно в противоположность ложному запою при хроническом алкоголизме, без какой-либо связи с внешними обстоятельствами. Ложный запой всегда обусловлен реальными обстоятельствами и представляет собой по существу лишь утяжеление привычного алкоголизма.

Больных дипсоманией лечат в условиях стационара. Необходимо предварительное тщательное соматическое обследование. При расстройстве настроения показаны антидепрессивные препараты (амитриптилин, мелипрамин, тизерцин), при дисфорической окраске настроения — неулептил, аминазин, а также дезинтоксикационные средства и массивная витаминотерапия. Во время запоев больной дипсоманией невменяем. Вне приступов дипсомании лица, страдающие ею, вменяемы, так как могут отдавать отчет в своих действиях и руководить ими.

Наркомании

Наркомании (наркотизм) — сборная группа заболеваний, сопровождающихся патологическим влечением к различным природным или синтетическим нейротропным веществам, развитием

стойкой психической и физической зависимости и как следствие — постоянным или периодическим их потреблением во все возрастающих дозах. Прекращение приема этих веществ вызывает дисфункциональные расстройства; наркомании всегда сопровождаются психическими и соматическими нарушениями, а также изменениями личности различной глубины, вплоть до слабоумия.

В настоящее время насчитываются десятки препаратов, способных вызывать наркоманическую зависимость (Aud, 1972). Их число увеличивается по мере синтеза новых лекарственных средств. Различают так называемую негативную и позитивную привязанность к наркотику. Чаще всего наркотики принимают для избавления от плохого психического самочувствия и ощущения внутреннего напряжения или как средство, облегчающее общение (негативная привязанность). Позитивная привязанность возникает у людей, принимающих наркотики для достижения субъективно приятного чувства эйфории. При повторных приемах наркотического вещества развивается привыкание и патологическое влечение к нему.

В основе болезненного пристрастия к наркотическим веществам, а также темпа и характера его развития лежит целый ряд факторов, среди которых преобладают особенности преморбидного склада личности больного и вид наркотика (наркогенность). Имеет значение также природа психической потребности в наркотическом препарате в каждом отдельном случае и степень злоупотребления этим веществом. Наркомания чаще всего развивается у лиц с психопатическими чертами характера из круга эмоционально неустойчивых, слабовольных или истерических с дефектами воспитания и затрудненной социальной адаптацией.

Наркогенность препарата выражается в интенсивности формирования психической и физической зависимости. Наибольшей наркогенностью обладают препараты группы опия (героин, морфин и др.), а наименьшей — гашиш и стимуляторы типа кофеина. Вид наркотика влияет также на динамику развития заболевания и определяет характер и специфичность абстинентного синдрома, что имеет важное дифференциально-диагностическое значение при экспертизе наркоманий. Вместе с тем для наркоманий любого вида существуют общие закономерности развития стереотипа болезни и ее исхода.

Динамический стереотип развертывания наркомании находит свое отражение в смене симптомокомплексов, свойственных определенной стадии заболевания (И. Н. Пятницкая, 1969). В начальной стадии наркомании больные способны переносить высшие терапевтические дозы наркотического вещества. На этой стадии влечение к наркотику становится обсессивным с формиро-

ванием синдрома психической зависимости. Длительность этой стадии подвержена значительным индивидуальным колебаниям.

Переход к развернутой стадии наркомании сопровождается развитием компульсивного влечения к наркотикам, с которым больной не способен бороться. Исчезают защитные физиологические реакции организма. Одновременно нарастает толерантность, для достижения прежнего психического и физического комфорта больному нужно все большее количество наркотического вещества. Больные часто и регулярно принимают дозы наркотика, токсические для здорового человека, и хорошо их переносят. Наиболее важным признаком, свидетельствующим о наступлении развернутой стадии наркомании, является абстинентный синдром с двумя кардинальными симптомами — психической и физической зависимостью от наркотика. Психическая зависимость проявляется в изменении настроения, в котором преобладают подавленность, раздражительность, тревога, подозрительность. Физическая зависимость выражается тягостными ощущениями и общим болезненным состоянием: слабостью, разбитостью, диспепсическими расстройствами, вазомоторно-вегетативными симптомами, расстройством сна.

Терминальная стадия наркомании состоит в углублении физической зависимости, нарастании необратимых изменений в организме больного и изменениях личности в виде резкого сужения круга интересов и сосредоточения их на добывании наркотиков, падения социальной активности, эмоционального огрубения, морально-нравственной деградации с антисоциальными поступками.

Диагностика наркомании основывается на абстинентном состоянии и объективных анамнестических сведениях. Используют методы вспомогательной диагностики — бумажную и тонкослойную хроматографию мочи и крови для определения в них наркотических веществ или специальные диагностические пробы [введение под кожу 0,5% раствора анторфина (налорфин) для воспроизведения абстиненции у морфинистов].

Лечение больных наркоманией включает ряд последовательных мероприятий, осуществляемых преимущественно в специализированных отделениях психиатрических больниц, где можно контролировать состояние больного и исключить употребление им наркотиков. Вслед за лечением в стационаре для профилактики рецидивов в течение 2—5 лет необходимо амбулаторное наблюдение, включающее поддерживающую терапию, медицинский и социальный контроль. В это время проводят комплекс мероприятий по всесторонней реадаптации больных.

Судебно-психиатрическая экспертиза состояния больных наркоманиями чаще всего назначается при совершении ими право-

нарушений, связанных с добыванием наркотиков или средств для их приобретения. Лица, страдающие наркоманией, как правило, вменяемы. Экскульпация производится в тех немногочисленных случаях, когда правонарушение было совершено больным наркоманией в психотическом состоянии, развившемся на почве хронической интоксикации наркотическими средствами.

Морфинизм. Морфин — дериват опия, принадлежит к группе наркотических анальгетиков. Морфин вводят под кожу или внутривенно. Наиболее частый повод для первых его инъекций — различные болевые ощущения. Регулярный прием морфина чрезвычайно быстро приводит к возникновению симптомов психической и физической зависимости и формированию наркомании.

Острая морфинная интоксикация начинается с эйфории, которая при углублении интоксикации переходит в психомоторное возбуждение, сопровождающееся выраженной гиперемией кожных покровов, головокружением, головной болью. В последующем возбуждение сменяется нарастающей сонливостью, торпидностью больного, симптомами угнетения сердечно-сосудистого и дыхательного центров. Коматозное состояние может привести к смерти больного (И. В. Стрельчук, 1956).

При хроническом употреблении морфина очень быстро развиваются симптомы развернутой стадии заболевания. Выраженная психическая и физическая зависимость от морфина, развивающаяся почти одновременно с началом его систематического приема, приводит к тому, что потребность в наркотике преобладает над всеми остальными интересами. Компульсивное влечение к морфию настолько усиливается, что угнетает все другие виды влечений (пищевой, половой и т. п.). Через 1—4 нед после начала приема морфина появляется потребность в первом увеличении его дозы. Толерантность столь сильно нарастает, что больные переносят от 1—2 до 4 г морфина в сутки, что значительно превышает смертельную дозу для здорового человека.

При длительном систематическом употреблении морфина в клинической картине болезни на первый план выступают личностные изменения. Постепенно исчезают интерес к общественной жизни, увлеченность работой. Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, круг их интересов крайне сужается, сосредоточиваясь только на приобретении наркотика. При добывании наркотика больные не останавливаются ни перед чем и часто нарушают закон, подделывая рецепты, совершая кражи. Наступает общая деградация личности с резкими явлениями интеллектуально-мнестического снижения.

Перед введением наркотика морфинисты обычно угнетены, раздражительны. После инъекции морфина они преображаются:

исчезает ощущение упадка сил, появляются эйфория, благодушие, склонность к мечтательности. Характерен и внешний облик больных: они истощены, зрачки узкие, лицо одутловатое, кожа с желтушным оттенком, сухая, дряблая, с многочисленными рубцами и инфильтратами. Отмечаются брадикардия, падение артериального давления, озноб, запоры.

Сердце и печень претерпевают деструктивные изменения, в желудочно-кишечном тракте возникают хронические воспалительные явления. Неврологическое обследование выявляет снижение рефлексов, в тяжелых случаях — патологические рефлексы. При лишении препарата через 6—18 ч развивается абстинентный синдром, клинические проявления которого зависят от тяжести и длительности наркомании.

Первоначальные признаки абстиненции выражаются в зевоте, слезливости, потливости, затем к ним присоединяются расширение зрачков, тремор, парестезии. В дальнейшем появляются общая слабость, бессонница, беспокойство, тахикардия и повышение артериального давления, боли в сердце и ощущение давления и ломоты в суставах. Снижается настроение, появляется подавленность, сменяющаяся выраженным двигательным возбуждением с брутальным аффектом. В таком состоянии наркоманы совершают общественно опасные действия. При достаточно длительной наркомании на высоте абстиненции могут развиваться транзиторные делириозные состояния или судорожные эпилептиформные припадки с последующим сумеречным помрачением сознания.

Лечение основано на одномоментном или постепенном лишении морфина. Оно включает назначение холинолитических и курареподобных препаратов, общеукрепляющих и симптоматических средств, витамино- и физиотерапии.

Опиомания. Опий употребляют путем курения, приема внутрь или парентерального введения опийсодержащих настоек. Острая интоксикация опием сначала проявляется эйфорией, которая быстро сменяется общей слабостью, головокружением и рвотой. Наблюдаются резкая гиперемия кожи лица, сужение зрачков до размеров булавочной головки; реакция на свет при этом отсутствует. В тяжелых случаях, при нарастании токсических явлений, изменяются дыхание и сердечно-сосудистая деятельность (нитевидный пульс, ослабленное, поверхностное дыхание). Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

При хронической интоксикации в начальных стадиях наркомании больные испытывают эйфорию с расслабленностью, приятной истомой, наплывом ярких, образных представлений и причудливым изменением восприятия окружающего.

Изменения личности и нарушения сомато-неврологической сферы при хроническом употреблении опия аналогичны подобным изменениям при морфинизме. По данным И. В. Стрельчука (1956), длительное употребление опия в конце концов приводит к характерному изменению личности наркомана, напоминающему шизоидное или астеническое патологическое развитие. Причиной смерти наркоманов чаще всего служат сомато-неврологические осложнения, на первом месте среди них стоит общее истощение больных.

При лишении опия через 8—12 ч развиваются явления абстиненции с подавленным, тревожно-тоскливым настроением, двигательным беспокойством, мучительной бессонницей. На высоте абстиненции возникают зевота, чиханье, слюнотечение, озноб, боли в мышцах, изменения периферической крови (лимфопения, нейтрофилез и т. д.). При достаточной длительности заболевания состояние тяжелой абстиненции может привести к развитию психоза в виде делирия, вербального галлюциноза. Как правило, прогноз психотических состояний благоприятный, длительность их не превышает 1—2 нед. Иногда в абстинентном состоянии развиваются стойкие бредовые идеи ревности.

Лечение то же, что и при морфинизме. В особо тяжелых случаях абстиненции назначают смеси, содержащие опий в прогрессивно убывающей дозе. Следует иметь в виду, что устранение абстинентных проявлений не означает ликвидации влечения к опию, что важно при назначении поддерживающей и закрепляющей терапии.

Гашишизм. Гашиш (марихуана, план, анаша, банг, харас, хусус) — производное каннабиса. Употребляется путем курения в чистом виде или в смеси с обычным табаком.

О наркогенности гашиша существуют прямо противоположные мнения: одни исследователи считают, что эпизодическое употребление гашиша, не вызывая привыкания, ничем не отличается от табакокурения и не приводит к психопатологическим нарушениям (Olsewer, 1968; Sister, 1969; West, 1969), по мнению других авторов, острая гашишная интоксикация по своей клинической картине является не только типичным примером экзогенного типа реакции (А. С. Ким, 1956; А. И. Дурандина, 1964; Bromberg, 1941), но и обнаруживает выраженный шизотропизм (А. А. Абаскулиев, 1961; А. Д. Казиева, 1966). Отечественные исследователи показали, что происходит довольно быстрое формирование симптомов токсикомании, при этом скорость их становления тем больше, чем в более раннем возрасте начато употребление наркотика (В. О. Оганесов, 1971). Существенную роль играют индивидуальные особенности организма.

Острая интоксикация гашишем характеризуется повышенным настроением, беспричинной веселостью, нередко с оттенком дурашливости, ускорением ассоциативных процессов, которые бывают поверхностными. Наряду с этим отмечаются симптомы гиперестезии, когда самый незначительный шум воспринимается как грохот водопада, извращается чувство времени и пространства. Наступают деперсонализационные и дереализационные расстройства. Соматическими признаками острой интоксикации гашишем служат гиперемия или бледность кожных покровов, инъецированность склер, расширение или сужение зрачков, гипергидроз, слюнотечение, лабильность пульса, ощущение теплоты и жара в конечностях.

При хронической интоксикации гашишем в клинической картине болезни на всех этапах ее развития ведущими являются психопатологические расстройства (реакция экзогенного типа, шизоформные состояния). Чаще всего встречаются делириозные, онейроидные и аментивные состояния. Нередко проявлением хронической интоксикации гашишем служат аффективные (маниакально-депрессивные), галлюцинаторно-параноидные состояния, клиническая картина которых аналогична клинической картине подобных состояний при шизофрении (И. Д. Кулагин, 1962; А. И. Дурандина, 1969; В. О. Оганесян, 1971; Minick, 1965).

При длительном систематическом употреблении гашиша больные постепенно становятся вялыми, пассивными, угрюмыми, утрачивают интерес и контакт с окружающими. Абстинентный синдром выражен нерезко, малопродолжителен и проявляется общим недомоганием, отсутствием аппетита, тоской, чувством безнадежности, нерезкими расстройствами сна и вегетативными нарушениями.

Лечение. Больного одномоментно лишают гашиша, затем проводят общеукрепляющее лечение, витамино- и физиотерапию. В комплексе лечебных мероприятий важен процесс деникотинизации, разрушающий у больных сложившийся «табакокурительный стереотип» (В. О. Оганесян, 1971), так как основной путь введения наркотика в организм — курение.

Кодеиномания. У подавляющего большинства лиц, употребляющих кодеин для вызывания эйфории, формирование болезненного пристрастия происходит в течение первого года.

Острая интоксикация кодеином проявляется первоначально возникающим ощущением теплоты в области желудка, распространяющимся на все тело своеобразными «концентрическими» волнами. Затем развивается эйфория, во время которой больные оживлены, разговорчивы, подвижны, активны, деятельны. Отсутствует свойственная другим видам наркоманий потребность в

сне по окончании наркотического опьянения. Больные стремятся продлить это состояние повторным приемом кодеина.

Хроническая интоксикация ведет к прогрессирующим психическим и сомато-неврологическим изменениям. Изменения личности больных имеют особенности, главная из которых — быстрое истощение психических функций. У больных суживается круг интересов, нарастает рассеянность, несобранность, в связи с чем использование интеллектуальных способностей затруднено без формальных признаков деменции. Особенностью третьего периода заболевания является частый переход к комбинированному приему наркотиков и формирование полинаркомании, что снижает работоспособность больных, ускоряет процесс их морально-этической деградации и социальной дезадаптации.

В абстинентном состоянии, развивающемся спустя 6—7 ч после окончания действия наркотика, отмечаются тревога, беспокойство, сменяющиеся раздражительностью, дисфорией, расстройствами сна. Наряду с этим возникают диспепсии, спастические боли в кишечнике, тянущие боли в мышцах и суставах, потливость, озноб. Абстиненция при кодеинизме менее острая, чем при морфинизме, и более длительная, чем при опиомании.

Лечение то же, что и при опиомании. Для купирования абстинентного синдрома с успехом используют глютаминовую кислоту, в ряде случаев способствующую подавлению физического влечения.

Барбитуромания (барбитуратизм). К систематическому приему производных барбитуровой кислоты чаще всего прибегают лица, страдающие опиоманиями или хроническим алкоголизмом, а также больные со стойкими нарушениями сна различного генеза (неврозы, психопатии, сосудистые заболевания центральной нервной системы и др.). Малый разрыв между терапевтической и токсической дозами барбитуратов часто способствует отравлениям, сопровождающимся рвотой, дизартрией, атаксией, оглушением с последующей частичной амнезией.

Барбитураты обладают высокой наркогенной способностью. Развитие наркомании часто начинается с приема их для устранения бессонницы. Постепенно субъект обнаруживает способность барбитуратов вызывать своеобразную эйфорию, что и приводит к развитию пристрастия. Острая интоксикация барбитуратами проявляется эйфорией с ощущением прилива энергии, желанием двигаться, говорить, усилением влечений. В последующем эйфория сменяется состоянием психического и физического комфорта.

Хроническая интоксикация барбитуратами приводит к более грубым и тяжелым изменениям личности больных по сравнению

с другими видами наркоманий. На фоне эйфории с расторможенностью, повышенной раздражительностью появляются рассеянность, расстройства памяти, затрудняется концентрация внимания. Постепенно возникают неврологические нарушения в виде гипомимии, смазанной речи, изменения почерка, тремора конечностей, атактической походки, снижения рефлексов. В тяжелых случаях барбитуромании отмечается медлительность и заторможенность, наклонность к дисфориям с импульсивными реакциями; больные часто напоминают эпилептоидных психопатов.

Абстинентный синдром при лишении барбитуратов протекает тяжело. Сначала появляются ощущение общей разбитости, утомления, вазомоторные расстройства, парестезии. Спустя 2—3 дня возникает бессонница, появляются раздражительность, тревога, навязчивые опасения и страхи, фибриллярные мышечные подергивания, усиливается слабость, сопровождающаяся болями в животе, тошнотой, рвотой. На 4—5-й день после прекращения приема барбитуратов нередко развиваются эпилептиформные припадки; в этот же период возможно возникновение кратковременных делириозных эпизодов, реже — галлюцинаторных. Для устранения барбитуровой абстиненции наряду с симптоматической, общеукрепляющей и дезинтоксикационной терапией показано назначение психотропных средств.

Кокаинизм имел довольно широкое распространение в 20-х годах, в настоящее время практически не встречается (Т. М. Богомолова, 1923; Р. Я. Голанд, 1926; И. Н. Введенский, 1928).

Острая интоксикация кокаином проявляется эйфорией с речедвигательной расторможенностью, ускорением ассоциативного процесса. При углублении интоксикации появляются расширение зрачков, резкое побледнение кожных покровов, тахикардия, головная боль, головокружение, судороги. Могут возникать кратковременные психотические состояния с выраженным психомоторным возбуждением и наплывом зрительных и тактильных галлюцинаций. Летальный исход наступает при явлениях угнетения сердечно-сосудистого и дыхательного центров.

Привыкание к кокаину наступает довольно быстро. Деградация личности при кокаиновой наркомании еще более грубокая, чем у морфинистов. Уже с первых лет заболевания больные становятся черствыми, эгоистичными, мелочными и раздражительными. Изменяются все виды влечений. Патогномоничным считают симптом Маньяна — своеобразные парестезии, при которых возникает ощущение инородных тел под кожей (кристаллы, насекомые и т. д.). В тяжелых случаях возникают выраженные психотические расстройства: бредовые идеи ревности и преследования, зрительные галлюцинации (макропсии). Иногда при на-

растании органических изменений развивается амнестический корсаковский синдром.

Абстинентный синдром наступает через 4—6 ч после последнего приема наркотика и проявляется апатией, безразличием, угнетением, подавленностью, расстройством сна и отсутствием аппетита. Лечение кокаинизма симптоматическое и строится по принципу, общему для лечения всех видов наркоманий.

Полинаркомании. Полинаркомании представляют наибольшую сложность в клинико-диагностическом плане в отношении экспертизы. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа полинаркоманий (Ю. Е. Рахальский, 1959; И. В. Стрельчук, 1956; И. Н. Пятницкая, 1966, 1969; Serner, 1961; Glatt, 1969).

Полинаркоманиями считают те случаи, когда имеется синдром физической зависимости от нескольких видов наркотика. Это следует иметь в виду при отграничении мононаркомании со случайным или единичным приемом другого наркотика от истинной полинаркомании. Наиболее частым видом полинаркомании является прием алкоголя с опиатами или барбитуратами. Добавочный наркотик принимают сначала для усиления наркотического эффекта, а затем и для устранения абстиненции.

Клинической особенностью полинаркомании является изменение основных симптомов острой и хронической интоксикации под воздействием привнесенного наркотика. Для клиники и экспертизы наиболее важен вопрос об изменениях личности полинаркоманов. Если абстиненция при полинаркомании значительно тяжелее, чем абстиненция исходной или присоединившейся наркомании, то личностные изменения такой закономерности не проявляют. По срокам и типу формирующегося личностного дефекта конечные состояния при полинаркомании определяются действием присоединившегося наркотика. Так, например, при присоединении к опиомании барбитуромании дефект формируется в сроки, обычные для барбитуромании, и в свойственной ей форме, т. е. преобладают интеллектуально-мнестические и аффективные (эксплозивные, апатические, разной интенсивности) нарушения. Присоединение к опиомании алкоголизма приводит к тому, что первыми проявлениями формирующегося дефекта бывают свойственные алкоголизму аффективные расстройства.

Хронический алкоголизм, осложненный барбитуроманией, очень быстро приводит к органическим изменениям личности по эпилептоидному типу и нарастанию интеллектуально-мнестических расстройств, нередко достигающих деменции. Присоединение хронического алкоголизма к первичной барбитуромании быстро утяжеляет абстинентный синдром и вызывает более про-

должительные и тяжелые запои. Течение барбитуромании при этом становится более злокачественным и характеризуется грубым компульсивным влечением к наркотику.

Следует помнить, что прием спиртных напитков на фоне первичной наркомании ведет к усилению прогредиентности алкоголизма с быстрым возникновением запоев и усилением компульсивного влечения к алкоголю. Прием наркотиков на фоне хронического алкоголизма не только не вытесняет первичное влечение к алкоголю, но способствует более замедленному формированию физической зависимости от вторичного наркотического вещества.

Лечение полинаркоманий принципиально не отличается от личения мононаркоманий. В его основе лежит лишение наркотиков, дезинтоксикационная, общеукрепляющая, массивная витамино- и физиотерапия.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Хронический алкоголизм и наркомании наносят ущерб не только психическому и физическому здоровью субъекта, но и вызывает ряд социальных конфликтов. К последним относятся различные жилищные, брачно-семейные и имущественные дела, касающиеся не только больных, но и членов их семей. В случаях, когда к лицам, страдающим хроническим алкоголизмом или наркоманиями, уже применялись (и, как правило, неоднократно) меры общественного воздействия, не давшие положительного результата, новое гражданское законодательство с целью воспитательного воздействия допускает ограничение их дееспособности (ст. 16 ГК РСФСР).

По решению суда ограниченно дееспособным назначается попечитель, без согласия которого они не могут самостоятельно совершать какие-либо имущественные сделки, кроме мелких бытовых дел (ст. 250 ГПК РСФСР).

Если ограниченно дееспособный уклоняется от лечения, попечитель может обратиться в Комиссию по борьбе с пьянством и алкоголизмом при исполкомах районных (городских) Советов депутатов трудящихся, которая на основании п. 17 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 19 июня 1972 г. возбуждает в суде дело о направлении страдающего алкоголизмом в лечебно-трудовой профилакторий. Кроме ограничения дееспособности, к таким лицам в связи с различными жилищными, брачно-семейными и имущественными делами применяются и другие меры — выселение (см. 333 ГК РСФСР), лишение родительских прав.

Попечитель, кроме контроля за расходованием средств ограниченно дееспособного, следит и за проведением ему лечения. Все вопросы, связанные с ограничением дееспособности, должны решаться строго индивидуально с учетом поведения, психического состояния, степени психической деградации больного.

В судебно-психиатрической практике нередко приходится устанавливать, находился ли больной алкоголизмом или наркоманией в момент совершения гражданского акта в препсихотическом, постпсихотическом или психотическом состоянии. Чаще в гражданском процессе требуется оценить психическое состояние лица, совершившего имущественные сделки или вступившего в другие гражданско-правовые отношения в состоянии алкогольного опьянения. Различные сделки обследуемые могут совершать и в состоянии алкогольного психоза. В психотическом состоянии больной недееспособен, а совершенная сделка недействительна. Если спиртными напитками или наркотиками злоупотребляют лица, страдающие другими психическими заболеванями, например шизофренией, эпилепсией и др., их дееспособность устанавливается в зависимости от основного заболевания.

Литература

Бунеев А. Н. О судебно-психиатрической экспертизе состояний опьянения.—Ж. невропатол. и психиатр. 1955, т. 55, вып. 1, с. 54—57.

Введенский И. Н. Обонятельные галлюцинации среди предвестников дипсоманического приступа.—«Совр. психиатр.», 1912, № 3, с. 173—181.

Введенский И. Н. Проблема исключительных состояний в судебно-психиатрической клинике.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Под ред. Ц. М. Файнберг. М., 1947, сб. 6, с. 331—355.

Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., «Медицина», 1965, 320 с.

Затуловский М. И. О патологическом опьянении и его диагностике в судебно-психиатрической практике.— В кн.: Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., Гос. юр. издат., 1955, с. 104—116.

Затуловский М. И. Анализ ошибочных заключений при судебно-психиатрической экспертизе состояний опьянения. Проблемы судебной психиатрии. Под ред. Ц. М. Файнберг. М., 1947, сб. 6, с. 356—367.

Калашник Я. М. О некоторых принципах диагностики патологического опьянения. Практика судебно-психиатрической экспертизы. Под ред. Г. В. Морозова. М., 1961, 4, с. 50—57.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. М., 1901, 477 с.

Крафт-Эбинг. Судебная психопатология. Пер. Черемшанского с 3-го изд. Спб., 1895, 672 с.

Лунц Д. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний.— В кн.: Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1955, с. 94—103.

Рожнов В. Е. К вопросу о клинике патологического опьянения. Проблемы судебной психиатрии. Алкоголизм. Вып. 12. М., 1962, с. 8—24.

Стрельчук И. В. Интоксикационные психозы. М., «Медицина», 1970, 304 с.

Стрельчук И. В. Острая хроническая интоксикация алкоголем. М., «Медицина», 1973, 384 с.
Сербский В. П. Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней. 2-е испр., доп. изд. М., 1912, 654 с.
Bonhoeffer K. Die akuten Geisteskrankheiten und Gewohnheitstrinker. Jena, 1901, s. 197—222.
Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie, 1920, 533 s.
Garnier P. La Folie à Paris, 1890, p. 490.
Gruhle H. Psychiatrie für Ärzte. 2 Aufl. Bd. 3, S. 152—168; 268—288. Berlin, 1922.
Kolle K. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studicrende und Ärzte, 5, neubearb, Aaufl. Stuttgart, 1961, S. 267—283.
Kraepelin E. Psychiatrisch Lehrbuch für Studierende und Ärzte. B. III. Klinische Psychiatrie. Leipzig, 1913, S. 1395.
Levi-Valensi Précis de psychiatrie. Troisième edition. Paris, 1948, 456 p.
Maggendorfer F. Intoxikationspsychosen.—In: Handbuch der Geisteskrankheiten. O. Bumke, Bd. 7, S. 180—192.
Reichardt M. Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Arzte. 1955, S. 539—565.
Weitbrecht H. Psychiatrie in Grundriss Springer. Berlin—New-York, 1968, S. 490.
Bocci, Wyss R. Клиника алкоголизма.— В кн.: Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле, и др. Пер. с нем. М., «Медицина», 1967, с. 166—191.

Глава 25

Олигофрения

Олигофрении (р. oligos — малый, phren — ум, малоумие, врожденное слабоумие) — группа различных по этиологии и патогенезу болезненых состояний, представляющих собой клинические проявления дизонтогений (нарушение развития) головного мозга (Г. Е. Сухарева, 1965). Как правило, интеллектуальная недостаточность сочетается у таких больных с нарушением других сторон познавательного процесса, прежде всего с эмоциональными и волевыми расстройствами.

Этиология и патогенез. В изучении этиологии и патогенеза олигофрений за последние годы достигнуты значительные успехи, однако многие вопросы еще далеко не решены. Выделяют 3 группы этиологических факторов олигофрений: неполноценность генеративных клеток родителей (наследственно обусловленная); вредности, действующие на зародыш и плод в разных фазах внутриутробного развития; поражение мозга разного генеза во время родов или на первом году жизни. Довольно часто олигофрения обусловлена аномалией хромосомного набора плода (болезнь Дауна).

Все больше внимания уделяют изучению олигофрений, обусловленных нарушениями обмена (так называемые дисметаболические олигофрении). В первую очередь следует указать на фенилпировиноградную олигофрению, которую впервые описал норвежский биохимик Felling (1934). Можно также указать на галактоземию, болезнь Н (нарушение триптофанового обмена), гомоцистинурию и др.; их насчитывают до 50 видов. В генезе олигофрений с давних лет придают значение алкоголизму родителей. В основе некоторых видов олигофрении лежат заболевания желез внутренней секреции. Несмотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза олигофрений, причина этого заболевания во многих случаях остается неизвестной. Это особенно относится к группе дебильности.

Некоторые клинические признаки свойственны в той или иной степени всем вариантам (формы) олигофрений. Отстают в развитии такие сложные человеческие функции, как речь и ходьба (иногда дети начинают ходить и говорить только с 3—5 лет и позже).

Клинико-диагностическое значение, хотя и весьма относительное, имеет даже внешний вид этих лиц. Неправильность телосложения, врожденные асимметрии лицевого скелета и лицевой мускулатуры, чрезмерно большой или, наоборот, крайне маленький череп, непропорционально развитые конечности и т. д. — все это указывает на патологическое развитие не только головного мозга, но и организма в целом.

Различные аномалии физического развития сопровождаются особенностями моторики. Нередко отмечается общая некоординированность движений, грубая пантомимика, неспособность к выполнению тонких дифференцированных движений, бедная, маловыразительная мимика.

При неврологическом обследовании у большинства таких больных находят диффузную неврологическую микросимптоматику. Довольно часты речевые нарушения: чем тяжелее олигофрения, тем они более выражены.

Обращают на себя внимание неспособность (или крайне ограниченная способность) к аналитической и особенно синтетической мыслительной деятельности, резкое преобладание конкретного мышления над абстрактным, отсутствие или недостаточность целенаправленности в мыслительных актах, частая дефектность не только формы, но и смысловой стороны речи, слабость критической оценки собственного состояния и всего окружающего.

Клинические исследования эмоциональных особенностей при олигофрениях показали, что для этих больных типично преобладание низших эмоций, недифференцированность аффектов, не-

полноценность аффективных проявлений в стрессовых ситуациях. Волевые особенности олигофренов, как правило, выражаются в элементарных влечениях, в неспособности или недостаточной способности к планомерной целенаправленной деятельности, в характерном сочетании безмотивного упрямства с повышенной внушаемостью.

В зависимости от аффективных и волевых нарушений среди олигофренов выделяют гипердинамическую (эретическая) и адинамическую (торпидная) группы. Указанное деление предложил Griesinger (1892), затем С. С. Корсаков (1901). Каждую группу можно клинически разделить еще на два типа: гипердинамическую — на эксплозивно-дистимический и морионодобный, адинамическую — на апатико-абулический и адинамический с периодическими аффективными разрядами (О. Е. Фрейеров, 1964).

По глубине и тяжести психических нарушений независимо от формы олигофрению делят на идиотию, имбецильность, дебильность[1]. Олигофрены в степени идиотии и имбецильности в судебно-психиатрической клинике встречаются редко, экспертные выводы в этих случаях не вызывают затруднений. На описании этих больных мы остановимся весьма кратко.

Идиотия (греч. idioteia — невежество) является наиболее тяжелой степенью олигофрении. У страдающих идиотией почти отсутствует речь, они плохо понимают речь окружающих. Нередко их единственной речевой реакцией на приятные и неприятные раздражители является протяжный или отрывистый крик. Расстройства моторики у них настолько выражены, что они иногда не могут самостоятельно передвигаться, часами сидят в одной и той же позе, раскачиваясь из стороны в сторону, совершают однообразные движения. Больные необучаемы и не только не могут приобщиться к какому-либо виду трудовой деятельности, но не в состоянии освоить самые элементарные действия по самообслуживанию. У таких лиц преобладает тупое, равнодушное настроение, иногда появляются вспышки слепой ярости, чаще всего обусловленные чувством голода. Другие, дефференцированные, эмоции для них недоступны.

Имбецильность (лат. imbecillus — слабый, незначительный) является средней степенью олигофрений. В отличие от больных идиотией имбецилы могут произносить короткие слова, даже фразы, они понимают самую элементарную обращенную к ним

[1] Международная классификация психических заболеваний (8-й пересмотр) (введена в действие с 1/I 1970 г.) выделяет следующие формы олигофрении: пограничная умственная отсталость; дебильность; умственная отсталость средней тяжести; резкая умственная отсталость; глубокая умственная отсталость и неуточненная умственная отсталость.

речь. Путем настойчивых медико-педагогических воздействий их можно научить самообслуживанию, выполнению несложной работы, не требующей какой-либо активности и квалификации. Некоторые из таких лиц могут обучаться во вспомогательной школе, усваивая, однако, лишь простейший счет, начертание отдельных букв, чтение по складам отдельных слов. Они узнают своих близких, иногда более дальних родственников, ориентируются в знакомой обстановке, но совершенно теряются в новой ситуации. Эмоциональные реакции малодифференцированы, обусловлены удовлетворением или неудовлетворением господствующих низших влечений (чувство сытости — голода, холода — тепла и т. д.). Больные нуждаются в постоянном надзоре родных и наблюдении врачей.

Дебильность (лат. debilis — слабый, хилый) — легкая степень олигофрении. Такие больные иногда поступают в массовую школу, но уже в самом начале учатся очень плохо, не могут полноценно осмыслить даже элементарный учебный материал. В ряде случаев неплохая механическая память, усидчивость и настойчивые усилия педагогов позволяют больным освоить школьную программу начальных классов, но обучение в старших классах им не под силу. Справляясь с программой каждого класса лишь за 2—3 года, больные заканчивают не более 4—5 классов. При дебильности рекомендуется обучение в специальных вспомогательных школах.

Такие лица приобщаются к тому или иному виду труда, чаще всего неквалифицированного, трудовые процессы выполняют механически, иногда чисто подражательно. Интересы больных сконцентрированы преимущественно на удовлетворении своих физиологических потребностей, их гораздо меньше занимает жизнь коллектива, еще меньше интересуют отвлеченные вопросы, события.

Для психопатологии дебильности характерны все особенности, типичные для олигофрении вообще. В отличие от имбецилов, эти больные нередко могут обобщать данные получаемого опыта, в состоянии делать несложные умозаключения и практические выводы. В некоторых жизненных ситуациях, используя накопленный опыт, такие лица проявляют достаточную целенаправленность и активность. При дебильности преобладает конкретно-чувственный тип мышления.

Чем менее глубока дебильность, тем большим числом слов и отдельных понятий оперирует больной. Однако речь может быть резко дефектной и при небольшой дебильности. Иногда больной многословен, его речь довольно быстрая, но при анализе такой речевой продукции выявляются бедный словарный за-

пас, многократное повторение одних и тех же штампованных фраз.

Степень снижения критики чрезвычайно различна, в силу чего при легкой дебильности нередко сохраняются достаточная критическая оценка несложных ситуаций, адекватная оценка возможных последствий своих поступков, правильное житейское понимание норм поведения и требований закона. Память при дебильности обычно недостаточна, иногда больные хорошо запоминают отдельные даты, факты, однако сопоставлять и творчески использовать их они не в состоянии. Внимание у этих больных также нарушено.

Из клинических признаков дебильности следует особо отметить обычно повышенную внушаемость, вследствие чего эти лица легко подпадают под влияние других, охотно соглашаются с любыми требованиями и предложениями окружающих, дают ответы в зависимости от наводящих вопросов.

Важное место в клинике дебильности занимают эмоциональные и волевые нарушения. Для больных гипердинамической группы характерна расторможенность, двигательное беспокойство, безмотивные или неадекватные аффективные разрядки, приводящие иногда к опасным для окружающих действиям, чему способствуют и нарушения волевой регуляции. Больным адинамической группы свойственны общая заторможенность, замедленный темп психических процессов. Эмоциональные реакции могут быть резко снижены и не проявляться даже в стрессовых ситуациях. В отдельных случаях олигофрении не удается четко определить, к какой из двух названных групп относится больной. Однако разделение больных по типу эмоциональных и волевых проявлений правомерно не только по клиническим признакам, но и на основании экспериментального исследования высшей нервной деятельности. С возрастом отмеченные эмоциональные и волевые нарушения могут стать более выраженными или, наоборот, смягчиться.

Течение (динамика) олигофрений. Олигофрении ранее считали стабильным состоянием психического дефекта без каких-либо динамических тенденций. Bumke (1929), например, образно сравнивал олигофрении с «ампутационной культей». Факты опровергают это положение. Степень умственной недостаточности определяется не только тяжестью поражения мозга. Наблюдения показывают, что в разных условиях развития, воспитания, обучения больной овладевает совершенно различным запасом слов, практических навыков, в разной степени приспосабливается к внешним условиям. Рациональный комплекс медико-педагогических воздействий в той или иной мере приводит к

компенсации психической неполноценности. Отсутствие положительного влияния окружающей среды, недостаточность речевого контакта и др. иногда вызывают внешние признаки более тяжелой интеллектуальной недостаточности, чем это можно объяснить имеющимся поражением мозга.

Помимо декомпенсации, у олигофренов иногда возникают временные болезненные состояния с психопатологической симптоматикой, атипичной для клиники их заболевания. Ряд авторов описали психозы у олигофренов (Г. Е. Сухарева, 1955; Luther, 1913; Medow, 1925, и др.). Психозы возникают под влиянием различных патогенных факторов, особенно стрессовых ситуаций, а иногда спонтанно, в результате, возможно, ликвородинамических нарушений. Чаще всего при олигофрениях возникают следующие психозы: параноидные эпизоды, ипохондрические синдромы, дисфорические состояния, галлюцинозы и периоды измененного сознания, реактивные состояния.

Параноидные эпизоды характеризуются элементарностью, ярко-чувственной окраской патологической продукции, отсутствием систематизации бредовых утверждений. Чаще всего у больных наблюдаются нестойкие идеи отношения и преследования. Дисфорические состояния определяются периодическими безмотивными тоскливо-злобными расстройствами настроения, подозрительностью и недостаточно четким восприятием окружающего. Нередко такое состояние разрешается бурным аффективным разрядом по типу истерического припадка. Значительно реже возникают кратковременные галлюцинозы, которые выражаются в элементарных слуховых и зрительных галлюцинациях. Состояния измененного сознания по своей структуре и глубине иногда приближаются к сумеречным состояниям эпилептического генеза; кроме этого, бывают и истерические нарушения сознания.

Реактивные состояния при олигофрениях изучали в основном на судебно-психиатрическом материале (И. Н. Введенский, 1940; Н. И. Фалинская, 1950; О. Е. Фрейеров, 1959, и др.). Они отличаются бедностью психопатологической симптоматики, медленным течением, преобладанием в клинической картине явлений заторможенности на фоне страха, тревоги и растерянности. В новой травмирующей ситуации реактивные состояния повторяются в тождественных клинических картинах. Из реактивных синдромов чаще всего встречаются тревожно-депрессивный, кататоноподобный, псевдодементный и пуэрильный.

Тревожно-депрессивный синдром чаще возникает у олигофренов адинамической группы и выражается в растерянности, тоске, тревоге, невыносливости к сильным раздражителям, ипохондрических жалобах. Иногда при этом возникают элементарные, не-

стойкие идеи отношения. С течением времени страх и тревога несколько отступают и все больше выявляются признаки монотонной депрессии. Кататоноподобные реактивные состояния по своей клинической картине близки к реактивному ступору, нередко отмечается ряд кататонических симптомов: негативизм, стереотипии, персеверации, иногда элементы восковой гибкости. Кататоноподобные реактивные состояния у страдающих олигофренией можно условно разделить на две группы: с преобладанием психомоторной заторможенности и с явлениями «регресса личности» (А. Н. Бунеев, 1950).

Больные с явлениями регресса личности неряшливы, сопротивляются гигиеническим мероприятиям, хватают пищу руками, мажут себя нечистотами, поедают их и т. п. Этот вариант реактивных состояний имеет тенденцию к особо длительному течению. Ответы этих больных отличаются крайним однообразием, иногда на все вопросы больной дает один и тот же неправильный ответ. Пуэрильный синдром возникает чаще у расторможенных больных. Клиническая картина пуэрилизма в этих случаях состоит в проявлениях страха и тревоги, ограниченных и бедных высказываниях, отсутствии какой-либо фантазии и творчества при «детских» шалостях и играх.

В ряде случаев реактивные состояния при олигофрении не имеют ясной синдромологической очерченности и проявляются в отдельных истерических разрядах, ипохондрических жалобах, заторможенности с элементами абулии.

Дифференциальный диагноз. Выраженные случаи олигофрении не вызывают дифференциально-диагностических трудностей. Тщательно собранный анамнез (объективный) в сочетании с данными сомато-неврологического и психопатологического обследования позволяет правильно установить диагноз.

При дебильности, особенно легкой, диагностика в ряде случаев затруднительна. В. П. Осипов (1931) отмечал, что легкие степени дебильности, если судить только по анамнестическим данным, трудно отличить от педагогической и социальной запущенности. В отличие от интеллектуальной ограниченности различного происхождения при дебильности существует определенное болезненное состояние психики с типичной структурой нарушения мыслительной деятельности.

Иногда олигофрению трудно отграничить от приобретенного слабоумия, однако при олигофрении имеется равномерный дефект интеллектуальной деятельности, а при деменции обычно выявляются остатки прежнего опыта и полученных ранее знаний, иногда удерживается способность к отвлечению и обобщению.

Лечение. Излечение выраженной олигофрении пока невозможно; в легких случаях терапевтическое воздействие позволяет выработать и усовершенствовать компенсаторные механизмы, до некоторой степени улучшить психическое состояние больных и приобщить их к трудовой деятельности. В последние годы наряду с медико-педагогическими методами стали применять и медикаментозное лечение больных олигофренией. Наибольшее распространение получило лечение глютаминовой кислотой. Для воздействия на аффективные и волевые расстройства иногда применяют аминазин, стелазин и некоторые другие средства этого ряда, иногда транквилизаторы (либриум и др.). При психических нарушениях, обусловленных сдвигами в обмене веществ, применяют специальные методы диетотерапии.

Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. Больные, страдающие олигофрений, составляют в среднем от 4 до 7% из числа направляемых на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

При судебно-психиатрической экспертизе больных олигофренией обычно требуется установить вменяемость обследуемого. Идиотия и имбецильность всегда предопределяют невменяемость. Однако больные идиотией и имбецильностью встречаются в практике экспертизы исключительно редко; эксперту-психиатру практически приходится иметь дело лишь с больными дебильностью. Вменяемость зависит от степени психической недостаточности. В судебной психиатрии степень психической недостаточности понимается как показатель тяжести клинической картины дебильности. Необходимо учитывать не только интеллектуальные (хотя и ведущие), но и аффективные, волевые, компенсаторные и другие особенности состояния такого больного. Выяснение этих сторон психической деятельности и, следовательно, решение вопроса о вменяемости представляют иногда значительные трудности, связанные прежде всего с тем, что клинические границы дебильности очень широки.

За рубежом степень умственного недоразвития чаще всего определяют путем применения различных тестов. Советские психиатры глубину дебильности обследуемого определяют в первую очередь по клинико-психопатологическим данным с учетом результатов экспериментально-психологического обследования.

Для суждения о степени психических нарушений при дебильности важно не столько установить недостаточность объема знаний и представлений, сколько выявить такие клинические признаки, как слабость суждений и особенно нарушения критики.

Наряду с этим эксперт устанавливает наличие и выраженность других психопатологических нарушений, типичных для

данного болезненного состояния: повышенной внушаемости, нарушения внимания, дефектов памяти, примитивности и недифференцированности эмоций, импульсивности действий и т. д. Следует учитывать также способность больного ориентироваться в конкретной ситуации, активность и целенаправленность в поступках, приспособляемость к новым условиям, возможность и эффективность трудовой деятельности.

Правильная квалификация эмоциональных и волевых расстройств особенно важна при установлении вменяемости, так как они обычно усугубляют клиническую картину олигофрении, снижая способность больного регулировать свое поведение. Это положение особенно следует учитывать в тех случаях, когда неправильное поведение больного, своеобразие его аффективных и волевых нарушений, недостаточный самоконтроль выявляются в основе самого криминального акта. При решении вопроса о вменяемости в случаях дебильности следует учитывать и характер совершенного преступления и те условия, при которых оно было совершено.

Бывают случаи, когда больные понимают те требования закона, где не нужна сложная интеллектуальная оценка: нельзя воровать, убивать, поджигать и т. д. Положения, основанные на более сложных отношениях и умозаключениях, могут оказаться недоступными для их понимания, особенно в необычных или трудных условиях. Некоторые правонарушения непосредственно связаны с повышенной внушаемостью больных.

Обследуемая П., 16 лет, подпала под влияние психически более полноценной подруги, которая уговаривала П. убить свою мать, а после этого забрать из дому все деньги и ценности. П. вначале сказала подруге: «Ты свою маму не убиваешь, а меня научаешь», на что подруга ответила: «Я свою тоже ухлопаю». Этого оказалось достаточно, чтобы П. ночью убила топором спящую мать, а на взятые деньги купила сладости, которыми угощала подругу.

Обследуемый С., 20 лет, совершил поджог дома и убийство сторожа под влиянием уговоров со стороны двух преступников, которые обещали С. за это 1 рубль и 200 граммов конфет.

Иногда при рассмотрении правонарушения обращают на себя внимание нелепость мотива, а также несоответствие между поводом и тяжестью общественно опасного действия (больной убил ударом камня по голове ребенка 6 лет за то, что тот поднял с земли его яблоко и начал есть). В основе этой неадекватности в поступках больных олигофренией лежит слабость критики, неспособность соизмерять и корригировать аффекты.

Значительные трудности для экспертов-психиатров представляют случаи аггравации у больных олигофренией. А. В. Говсеев

(1894) обратил внимание на тот «парадоксальный факт, когда действительно слабоумные при случае симулируют слабоумие». Бывают случаи истинной симуляции, когда больные олигофренией изображают симптомы, обычно не свойственные олигофрении.

При умственном недоразвитии обследуемого трудно бывает установить, в какой мере он усиливает действительную степень своей интеллектуальной недостаточности. Аггравировать слабоумие могут иногда и страдающие относительно глубокой олигофренией, которые по своему психическому состоянию, несмотря на притворство, признаются невменяемыми. Чем более наивна, нелепа и обнажена по своей целевой тенденции симуляция (аггравация), тем глубже дебильность. Сама такая «симуляция» иногда помогает эксперту правильно оценить тяжесть имеющихся психических нарушений.

Пониманием олигофрений как состояния динамического с возможным образованием компенсаторных механизмов или, наоборот, возникновением состояний декомпенсации нередко объясняется изменение экспертной оценки относительно вменяемости при повторной экспертизе.

Обследуемый Д., 20 лет, обвиняется в убийстве и краже вещей убитого. Поступил на повторную экспертизу в связи с сомнением судебно-следственных органов в правильности заключения о вменяемости.

В детстве Д. отставал в развитии, ходить начал с 2 лет, говорить — с 4 лет. В обычной школе учился плохо, оставался на второй год в первых 2 классах, после чего был переведен во вспомогательную школу, где окончил 6 классов. Как в школе, так и дома был труден в поведении, агрессивен. Рано начал злоупотреблять спиртными напитками, не работал. В психоневрологическом диспансере поставлен диагноз: дебильность с психопатизацией личности. К военной службе признан негодным.

В возрасте 16 лет против Д. было возбуждено уголовное дело в связи с тем, что в состоянии опьянения он заставлял бабушку стоять на одной ноге, угрожал ей убийством, в присутствии матери топором изрубил вещи, разрушил печь, затем совершил поджог дома. При амбулаторном судебно-психиатрическом обследовании заключение о вменяемости не вынесено. При стационарной экспертизе Д. установлен диагноз: выраженная умственная недостаточность с психопатизацией личности, невменяем. После принудительного лечения Д. периодически работал, выполнял малоквалифицированные работы. В семье по-прежнему был труден, в нетрезвом состоянии избивал родных.

Настоящее правонарушение было совершено в состоянии алкогольного опьянения; Д. пил спиртные напитки с малознакомым мужчиной, в разговоре с ним узнал, где хранятся его деньги и решил завладеть ими. С этой целью убил этого гражданина, нанеся ему множество ударов топором по голове и всему телу. После этого Д. взял деньги и вещи и скрылся. При амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе не разговаривал, сидел, уставившись взглядом в пол, инструкций врачей не выполнял. После стационарного обследования был признан вменяемым. Из психиатрической больницы Д. совершил побег, подстрекаемый больными.

Д. низкого роста, диспластичен, череп увеличен. При неврологическом обследовании отмечаются нерезко выраженные органические изменения центральной нервной системы неясного генеза. Обследуемый ведет себя без учета обстановки, сидит развалившись, болтает ногой, смотрит по сторонам, не слушает задаваемые ему вопросы, перебивает врачей вопросами по поводу пищи, требует, чтобы его «побольше кормили». Фамильярен, груб. Осмысливает только вопросы в элементарной форме и на конкретную тему.

По незначительному поводу становится злобным, агрессивным, угрожает убийством. Требует «выпустить» его домой, считая, что это зависит от санитарки или медицинской сестры. Эмоциональные реакции Д. отличаются крайней неустойчивостью и недостаточной мотивированностью. Неожиданно злобный аффект сменяется весельем, благодушием, обследуемый прыгает, смеется, «играет». Режиму отделения подчиняется плохо, от работы в мастерских отказывается. Читает иногда вслух, по складам, сказки, но пересказать их не может, быстро забывает. Суждения его примитивны. Уровень интеллектуального развития низкий. Интересы крайне ограничены. Отсутствует критическое отношение к своему состоянию и создавшемуся положению. Равнодушно, тупо рассказывает о содеянном.

При экспериментально-психологическом обследовании у Д. установлены снижение мыслительных процессов и активного внимания, замедленность идеаторных актов, ассоциативная бедность, выраженные явления истощаемости.

Заключение: Д. страдает психическим заболеванием в форме олигофрении (дебильность) в выраженной степени, с аффективными и волевыми нарушениями; невменяем. Д. нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа.

Вопросы дееспособности. Признать гражданина недееспособным может суд (ст. 15 ГК РСФСР) на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы (ст. 260 ГПК РСФСР). Глубина слабоумия при идиотии и имбецильности позволяет считать этих больных во всех случаях недееспособными и нуждающимися в опеке.

Недееспособны также лица с признаками глубокой дебильности. При дебильности более легких степеней больные обычно дееспособны.

В ряде случаев очевидно, что гражданский акт был совершен под влиянием уговоров заинтересованных лиц (иногда явно во вред больному). В подобных случаях не сам факт внушаемости определяет недееспособность субъекта и как следствие недействительность сделки, а клинические признаки олигофрении в целом, в числе которых повышенная внушаемость, проявившаяся в совершении сделки и установленная при обследовании больного, может явиться одним из симптомов, подтверждающих тяжесть олигофрении.

Экспертиза свидетелей и потерпевших. Свидетельские показания больных олигофренией не имеют юридической силы в том случае, если у свидетеля обнаруживается выраженная степень слабоумия.

На следствии и в судебном заседании олигофрены легко теряются, дают противоречивые показания, нередко соглашаются со всем о чем их спрашивают, или, наоборот, упрямо отрицают даже заведомо известные им факты.

Чаще, чем при других психических расстройствах, при олигофрении приходится встречаться с оговорами и самооговорами. При некоторых оговорах довольно легко выясняется их тесная связь с повышенной внушаемостью больного, недостаточность критических способностей, легковерие, а иногда искажение восприятия окружающего при волнении, страхе и растерянности.

В единстве с оговорами следует рассматривать самооговоры этих больных, так как они близки по своим механизмам и происхождению. У больных олигофренией обнаруживается наибольшая склонность к самооговорам, причем в генезе самооговора основную роль играет растерянность и страх наряду с повышенной внушаемостью.

В своих суждениях о степени психических нарушений у олигофрена, являющегося свидетелем, эксперт должен исходить в основном из его психического состояния во время освидетельствования, однако следует учитывать при этом и последовательность и логичность показаний.

У больных может наступить растерянность и страх как во время событий, о которых показывает больной, так и при даче показаний во время следствия или суда.

М е р ы   м е д и ц и н с к о г о   х а р а к т е р а. При выборе медицинских мер в отношении невменяемых дебилов наиболее существенное значение с клинической точки зрения имеет не столько глубина интеллектуальной недостаточности, сколько выраженность аффективных и волевых нарушений. Для принудительного лечения в психиатрические больницы чаще помещают олигофренов с признаками возбудимости, расторможенности, при выраженных колебаниях настроения. Сочетание олигофрении с психопатоподобными особенностями личности и злоупотребление больных алкоголем, также, как правило, дает основание к направлению их на принудительное лечение в психиатрические больницы. Если олигофрены совершают особо опасные действия (убийство, изнасилование), в соответствии с их психическим состоянием их помещают на принудительное лечение в психиатрические больницы специального типа. Больные с аффективными и волевыми нарушениями по апатико-адинамическому типу реже представляют общественную опасность, поэтому их иногда можно направлять под наблюдение психиатра в амбулаторных условиях или в психиатрическую больницу для лечения на общих основаниях.

19 Заказ № 1565

Литература

Введенский И. Н. Психогенные реакции у олигофренов.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1940, № 9, с. 38—52.
Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. М., Изд-во Академии педагогических наук, 1960, 498 с.
Говсеев А. А. Симуляция душевных болезней и патологическое притворство. Харьков, издательство братьев Говсеевых, 1894, 333 с.
Корсаков С. С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. М., 1901, 477 с.
Меграбян А. А. Общая психопатология. М., «Медицина», 1972, 288 с.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3. М., «Медицина», 1965, 335 с.
Учебник психиатрии. М., «Медицина», 1958, 448 с. Авт.: О. В. Кербиков, Н. И. Озерецкий, Е. А. Попов, А. В. Снежневский.
Фрейеров О. Е. Легкие степени олигофрении. М., «Медицина», 1964, 224 с.
Benton A. The Concept of Pseudofeeblemindedness.—"Arch. Neurol. a. Psychiat.", 1956, v. 75, N 4, p. 17—23.
Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten: 3 Auflage, München, Verlag von I. F. Bergmann, 1929, 806 S.
Ey H., Bernard P., Brisset Ch. Manuel de psychiartie. Paris, Masson et Cie. Ed 1970, 1211 p.
Griesinger W. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 5 Auflage, Berlin, 1892, 709 S.

Глава 26

Психопатии

Психопатии — стойкие патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью главным образом эмоционально-волевых свойств личности при относительной сохранности интеллекта, возникающие с детства на основе врожденной или рано приобретенной неполноценности высшей нервной деятельности и формирующиеся под влиянием внешних (среда, воспитание, стрессовые ситуации) факторов. При психопатиях патологическими являются не отдельные черты характера, а весь психический склад, вся психическая структура личности. Наблюдающиеся при этом патологические изменения устойчивы и выражены настолько значительно, что мешают адаптации личности к окружающей среде (диагностическая триада П. Б. Ганнушкина — О. В. Кербикова). Это отличает психопатии от индивидуальных вариантов характера и его непатологических девиаций (педагогическая и социальная запущенность). Отсутствие психотических симптомов (бред, галлюцинации, расстройства сознания) и прогрессирующего течения отличает психопатии от психических заболеваний.

У психопатических личностей отмечаются нарушения в эмоционально-волевой сфере при относительной сохранности интеллекта. Однако эти нарушения отражаются на интеллекте (выраженная неравномерность интеллектуальной продуктивности в зависимости от аффективного состояния психопата) и на мышлении (аффективная непоследовательность, «аффективная логика» и пр.). Среди психопатических личностей могут встречаться и интеллектуально одаренные.

Выделение понятия и создание клинической концепции психопатий было продиктовано потребностями судебно-психиатрической экспертизы и связано с именами крупнейших представителей отечественной психиатрии [выступление С. С. Корсакова (1880) по судебному делу Качки, В. Х. Кандинского (1881) — по судебному делу Губаревой, И. М. Балинского и О. А. Чечотта (1885) — по судебному делу Семеновой, В. М. Бехтерева (1886)], хотя отдельные случаи этой патологии были описаны и раньше (К. О. Ягельский, 1765; Ф. И. Уден, 1817; Ф. И. Герцог, 1836; Pinel, 1809; Prichard, 1835; Morel, 1875; Koch, 1891).

В отечественной психиатрии в основу понимания психопатий легло определение В. Х. Кандинского (1883): это «состояние, возникшее с первого времени жизни в результате уродливого и дисгармонического развития всех психических функций на почве, обусловленной преимущественно внешними вредностями, порочной организации центральной нервной системы».

Касаясь клинического определения психопатий, В. П. Сербский (1912) подчеркивал неустойчивость, неуравновешенность всей душевной жизни, дисгармоническое неравномерное развитие отдельных душевных способностей, неприспособленность к условиям жизни. Основными признаками психопатий Е. К. Краснушкин (1960) называл «чрезвычайную изменчивость и податливость личности внешним воздействиям, косность личности в ее крайних проявлениях».

Наиболее распространенным определением психопатий в немецкой и отчасти англо-американской литературе является формула Курта Шнейдера: «Из числа анормальных личностей мы вычленяем в качестве психопатических такие, которые из-за своего отклонения от нормы страдают сами или причиняют страдания обществу. Оба вида перекрещиваются». Неклинический характер этого определения, его условность и относительность, отмеченные П. Б. Ганнушкиным (1933), подчеркивают и некоторые зарубежные исследователи (Leonhard, 1959). К сожалению, не более приемлемы и другие определения, ставшие за рубежом популярными. В определении нарушений личности (психопатий) Американской ассоциацией психиатров подчеркивается амораль-

ность и антисоциальность поведения с импульсивными и безответственными действиями, удовлетворяющими непосредственные или ближайшие нарцистические интересы и сопровождающимися лишь минимальными внешними признаками тревоги или вины (1960), т. е. в основу определения положены неоломброзианские и психоаналитические установки. Во многих клинических определениях, предлагаемых зарубежными психиатрами, утверждаются в качестве постоянных черт психопатической личности преступные тенденции, моральная недостаточность и извращения влечений.

Такое понимание психопатий, имеющее своим источником концепцию Ломброзо, привело к дискредитации самого термина «психопатия», к его подмене понятием «социопатия», к появлению различных других обозначений: «патологическая конституция», «олиготимии» или «олотимии», «анэтопатии», «милиозы» и др. В перечне болезней, принятом ВОЗ (8-й пересмотр), в термин «психопатия» включено и понятие «социопатия».

Вопросы этиопатогенеза. Взгляды на этиопатогенез психопатий прошли 3 основных этапа: господство наследственно-биологического и конституционального направлений; признание экзогенно-органической природы психопатий и патопластической роли средовых, психогенных и соматогенных воздействий; изучение приобретенных и динамических форм патологии личности, а также признание возможности формирования психопатий преимущественно под влиянием психогенно-ситуационных факторов.

Конституционально-биологическая концепция психопатий в общих чертах была сформулирована усилиями многих авторов (Kraepelin, Dupré, Schneider, Kretschmer и др.). Согласно этой концепции, психопатии — это аномальный вариант психической конституции, они наследственно обусловлены, врожденны и неизменны; участие внешних факторов в формировании психопатий считалось необязательным. Такой крайней точки зрения придерживаются и некоторые современные психиатры (Weber, 1965; Stockert, 1957; Wieck, 1967, и др.).

Представители другого, противоположного, направления большое значение в происхождении психопатий придавали внешним факторам. П. Б. Ганнушкин был первым психиатром, который изучал возможность психогенного констеллятивного изменения личности. Это мнение более определенно высказывал Е. К. Краснушкин (1929), полагавший, что силой внешних воздействий на личность могут быть порождены и сама психопатия, и ее тип.

Изучение связи между социально-психогенными факторами и психопатиями позволило выделить новые формы патологии личности. Появились термины «невротический характер» (Adler,

1912), «реактивная психопатия» (Bleuler, 1920), «неврозы характера» (Reichard, 1928), реактивно обусловленные патологические извращения характера (Michaut, Gallot, 1952, и др.), «госпитализм» (Hoff, 1956), «психопатическое и психогенное развитие» (Binder, 1967) и др. Эти понятия близки, но они никак не идентичны.

Например, «невроз характера» по Рейхарду — это состояния, в основе которых лежит психогенно обусловленный «бессимптомный невроз», не содержащий собственно невротических симптомов, а выражающийся в полиморфных изменениях характера. Близки к этому понятию и реактивные извращения характера, описанные у детей и подростков французскими авторами. В основе этих изменений лежат реакции на трудную ситуацию, которые не являются (в узком смысле) ни психогенными, ни характерологическими. Это поведенческие реакции (оппозиция, имитация, отказ), также не содержащие в себе ни симптомов невроза, ни симптомов психопатии. Закрепляясь, они могут превращаться в стойкие патологические свойства личности.

Длительное изъятие детей из системы привычных эмоциональных отношений (воспитательные дома) приводит, по Hoff (1956), к явлениям «госпитализма» (стадии депрессии, агрессивного протеста, отрешенности от окружающего). При возвращении в нормальную обстановку характер ребенка оказывается иным (выраженная холодность чувств, отчужденность, склонность к интраверсии). Это может быть началом невротического или психопатического развития.

Понятие «социопатии» (Jenkins, 1960; Gregori, 1961, и др.) выделено на основе статистических исследований неблагоприятных внешних воздействий в анамнезе психопатов, позволивших авторам в ряде случаев говорить о социогенезе психопатий (Neal, 1962) и о том, что всех «социопатов» объединяет антисоциальная направленность поведения.

О. В. Кербиков (1971) наиболее полно обосновал и развил учение о приобретенной психопатии. Автор пришел к выводу, что группа психопатий неоднородна и в нее входят различные по своей этиологии подгруппы. Первую подгруппу О. В. Кербиков назвал «ядерной» психопатией, в нее вошли конституциональные, наследственно обусловленные психопатии. Вторая подгруппа — «краевая» психопатия, так как она находится как бы на краю шкалы возрастающего влияния среды по сравнению с врожденной биологической неполноценностью. В своих последних работах О. В. Кербиков оставил это название для уже сформировавшейся психопатии, а к периоду формирования он предложил применять термин «патохарактерологическое развитие». Подчер-

кивая роль социальной среды в формировании психопатии. О. В. Кербиков, однако, не считал, что антисоциальные установки являются признаком психопатии.

Полиэтиологичность психопатий определяет принципиально важное положение.

Психопатии не объединены единой этиологией, и с этой точки зрения они — не нозологическая единица, а лишь группа патологических состояний, различных по своему происхождению (Е. А. Попов, 1958; Г. Е. Сухарева, 1959; О. В. Кербиков, 1961; Repond, 1947). С точки зрения этиологии психопатии могут быть подразделены на 3 основные группы, в которых причинный фактор является не единственным, а основным, преимущественным (О. В. Кербиков, 1971). I группа — «ядерные», конституциональные психопатии. Этиологическую роль здесь играет наследственность, конституция, но в патогенезе большое значение нередко принадлежит ситуационным факторам.

II группа — «краевая», приобретенная психопатия. В этой группе можно проследить причинную связь формирующейся психопатии с психогенными и средовыми воздействиями.

Дальнейшие исследования (Н. И. Фелинская и др.) показали, что патохарактерологическое развитие является лишь одним из возможных вариантов становления приобретенной психопатии. Другим вариантом является психогенное (в узком смысле) постреактивное развитие, возникающее после перенесенных реактивных состояний, и как его подвид — невротическое развитие личности, наблюдающееся иногда после перенесенного невроза (Н. Д. Лакосина, 1970).

III группа — «органические» психопатии — понятие, введенное в клиническую практику М. О. Гуревичем (1924). В основе этой формы лежат случаи врожденной или рано приобретенной биологической неполноценности, которая обусловлена экзогенно-органическими вредностями. Учитывают только такие остаточные явления органического поражения, которые сопровождаются аномалией характерологического развития, а не органическим дефектом (Г. Е. Сухарева, 1959). Во всех трех группах в этиологии и патогенезе психопатий большая роль принадлежит внешним воздействиям.

Изучению патогенеза психопатий в настоящее время придают большое значение. Указания на частичную задержку развития (Kraepelin, 1915), частичную аномалию развития (Г. Е. Сухарева, 1959), лежащих в основе психопатий, не раскрывают полностью их патогенетических механизмов. Патогенез психопатий пытались раскрыть с позиций учения И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности.

О. В. Кербиков (1971) писал: «Основными (с точки зрения преобладания возбудительного или тормозного процессов) надо считать две группы психопатий: возбудимые и тормозимые. Что касается соотношения коры и подкорки, первой и второй сигнальных систем, то классическими формами их проявления являются истерические и психастенические структуры личности. С точки зрения нарушения нормальной подвижности нервных процессов можно говорить о неустойчивых психопатиях (патологическая подвижность процессов) и паранойяльных (патологическая инертность нервных процессов)».

Hare (1971 г., конгресс в Мексике) в результате патофизиологических исследований пришел к выводу о неспособности психопатов усвоить уроки предшествующего опыта в связи с невозможностью выработать условные рефлексы на страх перед наказанием.

В лаборатории электрофизиологии Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского под руководством А. М. Иваницкого (методом вызванных потенциалов мозга) показано, что при психопатиях изменяется проведение импульсов от рецепторов и подкорки к коре больших полушарий. В связи с этим высшие мозговые центры получают неточную информацию с периферии. Эти изменения особенно выражены на сигнально-значимый раздражитель и неоднозначны при возбудимой и тормозимой формах психопатий.

Интересны также исследования по выявлению субсенсорных реакций, которые могут свидетельствовать о патофизиологических механизмах влияния психогенного фактора на формирование реакции у психопатической личности. При повышении порога восприятия эмоциональных раздражителей выявляется эмоциональная защита, формируется механизм преодоления травмы обходным путем (вытеснение, «психогенная слепота»). Понижение порога восприятия приводит к прямой защите (протест, прямая эмоциональная реакция). Эти данные (Э. А. Костандов, 1970) позволяют понять некоторые психогенные механизмы возникновения реактивных состояний у психопатических личностей. Изучение материального субстрата, лежащего в основе психопатий, позволит составить более полное представление об их патогенезе.

Вопросы классификации психопатий. С начала изучения отдельных форм психопатий предлагали множество классификаций, что свидетельствовало о несовершенстве прежних группировок.

Наибольшее распространение получили классификации психопатий Kraepelin (1915) и Schneider (1923, 1959). Классифика-

ция Kraepelin содержала 7 групп, одну из которых («враги общества») в разных модификациях зарубежные авторы по сей день включают в свои классификации, хотя очевидно, что антисоциальность нельзя рассматривать как клинический синдром.

Классификацию Schneider (1959), в которой выделено 12 групп, также до сих пор используют зарубежные психиатры, хотя многие из них называют ее бессистемной (Binder, 1960), абстрактной (Read, 1960).

В отечественной психиатрии с середины 30-х годов была распространена группировка психопатий П. Б. Ганнушкина: циклоиды, эмотивно-лабильные, астеники, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические характеры, неустойчивые, антисоциальные, конституционально глупые. Указанная группировка сочетает формы, выделенные Kraepelin, Schneider, Kretschmer. Однако ценность классификации П. Б. Ганнушкина заключается не в предлагаемых им группировках, а в блестящих клинических описаниях психопатических личностей, взятых в таких дисгармонических сочетаниях характерологических свойств, которые могут быть условно названы психопатическими синдромами. В современных зарубежных работах группировки психопатий крайне разнородны. Так, например, в классификации Ey, Bernard, Brisse, (1964) «неуравновешенные» (психопатии) оказались разбросанными по разным формам психических заболеваний.

В англо-американской литературе психопатии или сливаются с неврозами (Mayer-Gross e. a., 1955), или группируются по признакам, лежащим в разных плоскостях (американская ассоциация психиатров). Ряд классификаций включает в себя как биологическую, так и социальную типологию (Gregori, 1961).

На Международном конгрессе по психиатрии, проходившем в 1971 г. в Мексике, в докладах, посвященных психопатиям, также можно отметить антиклиницизм в построении классификации (психопатии не рассматриваются как состояния, имеющие свою клиническую структуру и динамику) и неоломброзианство (психопатии рассматриваются с позиций антисоциальных проявлений психопатических личностей). Наряду с этим классификация психопатий строится по отдельным неравнозначным признакам.

В Международной классификации психических заболеваний (8-й пересмотр) (1967) приводится следующая классификация психопатий: 1) параноидные; 2) аффективные; 3) шизоидные; 4) возбудимые (эксплозивные); 5) ананкастические; 6) истерические; 7) астенические; 8) эмоционально тупые; 9) другие психопатии; 10) неуточненные. Указанная группировка также не-

достаточно систематизирована, не подчинена единому принципу. Наиболее адекватной представляется группировка психопатий, предложенная О. В. Кербиковым и основанная на «сопоставлении клинических наблюдений с принципами учения о высшей нервной деятельности». Такая классификация является, с одной стороны, наиболее материалистической, так как исходит из патофизиологического субстрата, лежащего в основе психопатий, с другой — наиболее динамичной. Она позволяет учитывать целостную структуру патологической личности, соответствующую патофизиологической модели, а не отдельные характерологические признаки (О. В. Кербиков и Н. И. Фелинская, 1965).

Психопатии возбудимого круга. Для них типичны вспыльчивость, крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости, властность, эгоистичность, злопамятность, мстительность, склонность к беспричинным приступам расстройств настроения (дисфории), к бурному реагированию по принципу короткого замыкания с двигательным разрядом, нетерпимость к мнению окружающих, требовательность, обидчивость, подозрительность, плохая переносимость алкоголя. Эти личности неуживчивы, часто разрушают свои семьи, меняют места работы.

Описаны 2 варианта этой группы: 1) с преобладанием эксплозивности, готовности к сильному двигательному возбуждению, дисфориям (Roemer, 1910); 2) с преобладанием вязкости, «конденсированной» аффективности, педантичной аккуратности, обстоятельности, мелочности, склонности к мистицизму и фанатизму (вязкий эпилептоид по Minkowska, 1923).

Отмеченные психопатические свойства личности могут сочетаться с истерическими, астеническими особенностями, со склонностью к сверхценным образованиям и навязчивостям.

Тормозимые психопаты объединяют астеников и психастеников.

А с т е н и ч е с к и е п с и х о п а т и и. Больные отличаются робостью, повышенной ранимостью, крайней неуверенностью в себе, нерешительностью, невыносливостью по отношению к интенсивным психическим раздражителям и физическим нагрузкам, выраженными колебаниями работоспособности с частыми спадами, склонностью к ипохондрическим опасениям, к появлению чувства внутреннего напряжения и тревоги, к состояниям угнетения и отчаяния. Постоянным свойством этих личностей является раздражительная слабость, выступающая в виде вспышек аффекта при любом непосильном для них напряжении. Для этой группы характерны такие соматические компоненты, как частые головные боли (при переутомлении), расстройства сна, неприятные ощущения в области сердца, снижение влечений. Астенические

особенности могут сочетаться с истерическими чертами, сверхценными образованиями, чрезмерной вспыльчивостью.

Психастенические психопатии. Больные нерешительны, не уверены в себе, недоверчивы, тревожны, утрированно деликатны, с опасением относятся ко всему новому и испытывают трудности при его освоении, охвачены постоянными сомнениями, им «недостает мужества быть неполноценными» (Petrilowitsch, 1956). Им присущи почти постоянное ощущение неполноты жизни, склонность к пониженной самооценке, к преувеличению значения мелких факторов, к постоянному самоконтролю, самонаблюдению, бесплодному мудрствованию, к депрессиям, пессимизму, сверхценным идеям, к фобическим и навязчивым состояниям. Наряду с этим они самолюбивы, обидчивы, нетерпеливы, малодинамичны, консервативны, склонны навязывать мнение родным и подчиненным. Так же как и астеники, они плохо переносят нарушение привычного жизненного распорядка.

В этой подгруппе также описаны 2 варианта: с преобладанием тревожной мнительности (П. Б. Ганнушкин, С. А. Суханов) и с преобладанием ригидности и склонности к болезненному мудрствованию (Janet). Психастенические особенности нередко сочетаются с истерическими, неустойчивыми, параноическими чертами характера.

Истерические психопаты характеризуются позерством, театральностью, жеманностью, стремлением во что бы то ни стало обратить на себя внимание, поисками признания, постоянным желанием казаться значительнее, чем они есть в действительности. Их отличает крайний эгоцентризм, эксцентричность, чрезмерная впечатлительность, повышенная, но поверхностная и изменчивая эмотивность — «соломенный огонь чувств» (Belikiewicz, 1969), «в богатом плаще безответственных душевных движений скрывается ничто» (Jaspers, 1914). Такие люди внушаемы и самовнушаемы, склонны к вытеснению травмирующих переживаний, к бегству в болезнь, к «косметической» лжи, псевдологии, фантазированию, мошенничеству, авантюрам; ревнивы.

Более чем при других формах психопатий, здесь выражен дисгармонический инфантилизм, а со стороны мышления — так называемая аффективная логика. Эти психопатические личности не способны к однообразному и систематическому труду. В трудной для них ситуации легко возникают истероневротические картины (чаще в форме истерических физических моносимптомов — «комок в горле», истерический мутизм, сурдомутизм, астазия — абазия, истерические параличи по типу «чулок», «перчаток» и т. д.), бурные аффективные реакции (демонстративные рыдания, «закатывания» с нанесением себе повреждений, истериче-

ские припадки и др.) или реакции с уходом в мир грез и фантазий. Психогенное фантазирование у истеричных может иногда принимать патологический характер, сопровождаясь визуализацией зрительных представлений, перевоплощением в фантастические образы, значительным сужением сознания и частичной амнезией реальной обстановки.

В этой группе также описаны (А. Н. Бунеев, 1950; Н. И. Фелинская, 1948, 1954; В. А. Гурьева, 1960) 2 варианта: с преобладанием склонности к фантазированию и с преобладанием склонности к элементарным истерическим реакциям.

Неустойчивые психопатии. Наибольшее значение в этой группе имеет выраженная слабость высших волевых функций, а в соответствии с этим повышенная внушаемость, податливость внешнему влиянию, крайняя изменчивость интересов, неспособность к длительному усилию, напряжению (эти люди — «как камыш на ветру») (Langelüddeke, 1959). Эмоции их отличаются подвижностью, неустойчивостью и поверхностностью, а мышление определяется доминирующим аффектом (О. Е. Фрейеров, 1963). Отмечается склонность к колебаниям настроения по любому незначительному поводу. Беспорядочность, склонность к внезапным маломотивированным решениям, легкость возникновения патологических влечений, трудность выработки механизмов адаптации, тенденция к поискам путей наименьшего сопротивления, неустойчивость целевых установок нередко обусловливают асоциальные формы поведения таких психопатов (бродяжничество, пьянство, азартные игры, сексуальная распущенность и извращения).

На трудную ситуацию больные реагируют по-разному (реакции протеста, имитации, отказа, истерические и эксплозивные вспышки и т. д.).

Паранойяльные психопатии. Наиболее характерными особенностями этой группы являются инертность, негибкость интеллекта и эмоций, узость интересов, пониженная способность к психическому переключению, эгоизм, чрезмерная самоуверенность, склонность к образованию сверхценных идей, которые «заполняют психику и оказывают доминирующее влияние на все поведение» (П. Б. Ганнушкин, 1933), гиперстеничность и гиперактивность, склонность к правдоискательству, прямолинейность, ригидность, недоверчивость и подозрительность, угрюмость и злопамятность, нетерпимость ко всяким попыткам ущемления их личных интересов, аккуратность, скупость. Их вязкое и тугоподвижное мышление не только субъективно, но и резко аффективно окрашено («кривая логика аффективного мышления», по А. А. Меграбяну).

Паранойяльные психопатии формируются позже, чем другие формы психопатий, и очень часто при них наблюдается тенденция к патологическому (паранойяльное) развитию личности. В «чистом» виде (без признаков патологического развития) они встречаются не так часто.

Любая психопатическая личность в некоторой степени полиморфна. Одни личностные симптомы повторяются в одной и той же клинической группе от наблюдения к наблюдению и составляют как бы «ядро» личности психопата. Этот симптомокомплекс принято называть «облигатным синдромом». Другие признаки являются непостоянными для той же формы психопатии, они могут варьировать как в количественном, так и в качественном отношении — это дополнительные, «факультативные» симптомы.

Для возбудимых психопатий облигатными симптомами являются эксплозивность, конфликтность, дисфории; для истерической психопатии — потребность признания, раздражительность, истерические механизмы реагирования и т. д. Наиболее изменчивой, зависящей от многих внешних факторов является группа факультативных симптомов. Однако и облигатный синдром не постоянен для одной и той же психопатической личности на протяжении всей ее жизни. Разнообразные облигатные и факультативные психопатические свойства на протяжении жизни могут сменять друг друга, преобладая на каком-то отрезке времени.

Следует остановиться также на группе психопатических личностей, которую описывал П. Б. Ганнушкин и в последней классификации выделял О. В. Кербиков (1967), — на так называемых **шизоидах** (патологически замкнутые). Настороженное отношение к этой группе было обусловлено ошибочностью позиций Kretschmer, видевшего в шизоидных свойствах личности переходную (без четких границ) ступень между нормой и шизофренией. Однако преморбид при шизофрении далеко не всегда проявляется в форме шизоидных свойств личности, шизоиды нередко выходят из семей с не отягощенной шизофренией наследственностью и в части случаев «шизоидность» создается неблагоприятными внешними факторами (Н. И. Озерецкий, 1934; Т. П. Симсон, 1935, и др.).

Наиболее характерными особенностями шизоидных психопатов принято считать патологическую замкнутость, интравертированность, дисгармоническую аффективность (могут сосуществовать различные, иногда противоположные стремления, внешняя холодность сочетается с мимозоподобной сверхчувствительностью, а иногда с аффективной взрывчатостью). Не испытывая потребности в общении с людьми и не умея наладить прочных эмоциональных контактов, шизоиды, как правило, остаются вне коллек-

тива. Они склонны к мечтательности, отвлеченному фантазированию, к занятиям абстрактными проблемами, причудливому коллекционированию, сочинению странных произведений. В целом такие люди мало приспособлены к жизни, плохо разбираются в реальной обстановке, упрямы, обидчивы. Мышление их в значительной мере абстрактное, аутистическое, суждения нередко причудливы, в моторике отсутствует естественность и гармоничность. У шизоидов легко возникают сенситивные идеи отношения, паранойяльные и параноидные реакции и развития. В этой группе также описываются различные варианты: сенситивные, экспансивные, пассивные.

Среди психопатических личностей встречаются и такие, у которых невозможно выделить преобладающий синдром, поскольку психопатическая структура как бы составлена из разнородных психопатических проявлений. О таких **мозаичных психопатиях** говорили П. Б. Ганнушкин, Е. К. Краснушкин, О. В. Кербиков и др. В частности, П. Б. Ганнушкин указывал, что характерной чертой этой группы является отсутствие «основной тенденции» того или иного типа психопатий. Для мозаичных психопатий наиболее характерны сочетания психопатических особенностей из круга возбудимых, истерических и неустойчивых; реже встречается сочетание циклоидных, психастенических и астенических свойств патологического характера. Мозаичность обусловливает большую затрудненность адаптации. Труднее в этих случаях вырабатываются и компенсаторные механизмы, которые бывают усложненными, комплексными (Н. К. Шубина, 1974).

Необходимо остановиться также на так называемой сексуальной психопатии. К этой группе ранее относили лиц с патологической фиксацией внимания и концентрацией интересов на сексуальных отношениях (эротомания) и со склонностью к извращениям в сексуальной жизни. Можно считать общепризнанным, что сексуальные извращения присущи не какой-либо одной форме психопатии, а могут встречаться при различных структурах патологической личности. Ивращения не являются врожденными, а развиваются в процессе формирования личности, закрепляясь условнорефлекторным путем.

Динамика психопатий. Обоснование идеи динамики психопатий связано с именем П. Б. Ганнушкина. Понимая под динамикой «типы, законы, формулы развития психопатий», П. Б. Ганнушкин наметил основные пути ее изучения, сформулировав положения о возрастной динамике, о клинических формах временных динамических сдвигов (реакции, декомпенсации, фазы) и о двух типах патологического развития при психопатиях (конституциональный и ситуационный). Именно эти положения лег-

ли в основу современного понимания отечественными психиатрами динамики психопатий — изменение (нарастание или смягчение) уже имеющихся психопатических особенностей и развитие в подлинном смысле, т. е. возникновение новых патологических свойств личности.

При ядерной психопатии психопатические проявления возникают уже в раннем детстве. Большую роль в утяжелении и нарастании психопатических черт характера играют возрастные периоды. Наиболее ярко выражаются психопатические черты в периоде полового созревания.

В формировании психопатии ряд авторов (О. В. Кербиков и В. Я. Гиндикин, 1960; Tramer, 1949) выделяют «препсихопатическое состояние». В. А. Гурьева выделяет 3 этапа становления психопатии: период начальных проявлений; период структурирования; период завершения формирования (см. главу «Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних»).

В дальнейшем следует говорить о манифестном периоде психопатий, который относится к различному возрасту. Различные формы психопатий в манифестном периоде имеют разную динамику. В одних случаях психопатии проявляются в однотипной форме, в других происходит их трансформация (например, появление истерических черт у психопатов возбудимого круга). При некоторых формах легко вырабатываются компенсаторные механизмы, при других — трудно. Темп развития психопатии в манифестном периоде бывает различным.

В возрасте обратного развития под влиянием гормональной перестройки и изменения социально-психологической ситуации (уход на пенсию, сознание невозможности оказывать материальную помощь своей семье, ломка привычного стереотипа и др.) происходит изменение психопатических черт личности. Вначале обычно происходит обострение психопатических особенностей, в дальнейшем под влиянием нарастания процесса старения они стушевываются и приобретают общеорганический характер (В. Я. Семке, 1965).

Ряд авторов считают, что обратная динамика психопатии может произойти в любом возрасте, другие утверждают, что регрессивная динамика при психопатиях наиболее вероятна в подростковом и юношеском возрасте, когда психопатические особенности еще не приобрели относительную стабильность. При создании соответствующих условий (отношение в семье, коллективе, выработка устойчивой положительной доминанты, адаптационные медико-педагогические воздействия и т. д.) постепенно могут развиться компенсаторные механизмы, а в дальнейшем и «депсихопатизация». Это свидетельствует о возможности профилактики

психопатий в период их становления. Роль внешних воздействий велика в возникновении и обратном развитии психопатий.

При **«краевых»** психопатиях динамика становления психопатии более сложна и разнообразна. Неблагоприятные условия среды в детстве и в пубертатном периоде при систематическом «истязании» тормозного процесса или при повторных сверхсильных психогенных воздействиях могут привести к срыву высшей нервной деятельности, к нарушениям в ее функционировании, к возникновению того материального субстрата (приобретенная патологическая почва), который лежит в основе и врожденной психопатии. При краевой психопатии развиваются те же структуры психопатий, что и при ядерной психопатии, однако они отличаются большей подвижностью и изменчивостью. О. В. Кербиков говорил о двух путях становления «краевой» психопатии: фиксации патологических реакций и неравномерном развитии процессов высшей нервной деятельности вследствие недостаточной тренировки одних форм реагирования (например, требующих мобилизации активного торможения) и подкрепления других (например, реакций аффективного разряда).

Психопатические особенности могут нарастать скачками. Один из механизмов скачкообразного утяжеления психопатии описан О. В. Кербиковым как «психопатический цикл». Психопатическая личность в силу своих особенностей создает вокруг себя конфликтную ситуацию (часто этому способствуют психогенные или спонтанные расстройства настроения) и отвечает на нее патологической реакцией (психотическая, невротическая или характерологическая). По окончании этой реакции обнаруживается усиление психопатических особенностей, которое в свою очередь создает условия для усугубления дезадаптации и возникновения новых конфликтных ситуаций.

Большое место в динамике психопатий занимают так называемые временные динамические сдвиги — реакции, декомпенсации, фазы. Склонность психопатических личностей к патологическому реагированию общеизвестна; наблюдаются разнообразные виды реакций (психопатические, поведенческие, невротические). Психогенные реакции не являются специфическими для психопатий, это реакции экзогенного типа, проявляющиеся в клинически очерченных синдромах реактивного заболевания. Поэтому в главе, посвященной психопатиям, они не описываются. Самыми характерными для психопатий считаются личностные, психопатические реакции.

Под психопатической реакцией следует понимать реакцию на ситуацию в пределах психопатических ресурсов личности, клинически проявляющуюся временным резким усилением

основных патологических личностных свойств. Следует подчеркнуть, что психопатическая реакция — не просто заострение психопатических черт личности, это реакция, имеющая определенное количественное выражение (резкое, патологическое усиление) и временно́е ограничение (начало и конец).

Психопатические реакции возникают психогенно, но их характер и глубина обычно не соответствуют вызвавшему их поводу. Основное значение имеют содержание психотравмирующего переживания и его индивидуальная значимость для психопатической личности. Легче всего такая реакция возникает в тех случаях, когда травмирующий повод адресован к «больному» пункту (комплексные переживания). Немалую роль играет наслаивание вредностей, которые как бы подготавливают почву для возникновения реакции; непосредственный повод может быть ничтожным. Астенизация также облегчает возникновение этих реакций. Психопатические реакции с возрастом претерпевают определенные изменения. До сформирования психопатии наблюдается пестрая шкала реакций, но постепенно они становятся преимущественным, однотипным для той или иной психопатической личности способом реагирования.

Иногда психопатические реакции приобретают свойства, отличающие их от прежних форм реагирования (П. Б. Ганнушкин, 1933; Я. П. Фрумкин, 1928). Эти формы реакций в одинаковой степени присущи различным формам психопатий вследствие их общей патологии эмоционально-волевой сферы. Такие реакции, протекающие по типу «смещения аффекта (реакции мимо)», описаны М. Г. Ревенко (1967). Агрессивные действия, сопровождающие такую реакцию, направлены как бы в сторону, и пострадавшими оказываются случайные лица, не связанные с основным психогенным переживанием психопата. Иногда форма психопатической реакции связана не с облигатными, а с факультативными чертами. В этих случаях возникающая реакция кажется неожиданной для данного типа личности, а иногда и контрастной. Б. В. Шостакович (1971), описавший подобные реакции, назвал их «неоднозначными» (взрывные реакции с агрессией у астеников и психастеников, истерические реакции у возбудимых и психастеников). Клиническая сложность подобных реакций с точки зрения их «психологической непонятности» создает иногда большие трудности в их судебно-психиатрической оценке.

Значительно более сложным и еще недостаточно изученным является понятие психопатической декомпенсации. Под декомпенсацией при психопатиях мы понимаем временное ослабление компенсаторных возможностей личности в связи с психогенными или соматогенными вредностями. При этом обыч-

но наблюдается нарушение вторично развившихся компенсаторных черт характера (Н. К. Шубина, 1963), которые в новой ситуации перестают играть защитно-компенсаторную роль и превращаются в тормоз, препятствующий адаптации.

Понятия декомпенсаций и психопатических реакций не однозначны. При декомпенсации наблюдается более протрагированное утяжеление психопатической симптоматики, вызванное длительной стрессовой ситуацией. На фоне усиления общей дисгармоничности психики усиливаются астенические, истерические и эксплозивные компоненты и резко увеличивается готовность к психопатическим реакциям, поэтому иногда декомпенсации и психопатические реакции могут совпадать во времени. Возникая на фоне сложившейся психопатии, декомпенсации могут повторяться. Частота декомпенсаций и их тяжесть косвенно свидетельствуют о глубине психопатии в целом и должны учитываться при судебно-психиатрической экспертизе страдающих психопатиями.

Понятие фаз, введенное Jaspers и означающее непрогредиентные психотические приступы, возникающие аутохтонно, до настоящего времени определено недостаточно. В рамках личностной патологии фазовые состояния описывались в основном при циклотимической конституции (С. А. Суханов, 1909; Ю. В. Каннабих, 1914, и др.). Имеются указания на их спонтанную периодичность при психастении.

П. Б. Ганнушкин (1933) считал, что признак спонтанности при фазовых состояниях — понятие относительное. В ряде случаев речь идет не об отсутствии причины, а о невозможности ее обнаружить на современном уровне знаний. Так же условно обозначение этих состояний как психотических. Проявляясь в виде протрагированных аффективных спадов или подъемов, фазовые состояния могут достигать психотического уровня (маниакальные и депрессивные фазы), но могут оставаться в рамках личностной патологии — колебания аффективности циклотимоподобного характера (гипомании и субдепрессии) или дистимии и дисфории (кратковременные фазы, «эпизоды», по П. Б. Ганнушкину).

Временные динамические сдвиги, такие, как психопатические реакции, декомпенсации, фазы, хотя и оказывают влияние на последующую динамику психопатий, но не определяют ее полностью. Более постоянно выраженные качественно новые сдвиги наблюдаются при различных видах развития психопатической личности. Различают условно патологическое, постреактивное и патохарактерологическое развитие личности, хотя все эти формы относятся к патологическому развитию в широком смысле.

20 Заказ № 1565

При собственно патологическом развитии личности на конституционально-психопатической основе под влиянием психогенного фактора происходит постепенное формирование выраженного психопатологического или психотического симптомокомплекса (паранойяльные сверхценные идеи, бред и др.). Патологическое развитие личности может возникать не только при конституциональной, но и на основе «краевой» психопатии.

В судебно-психиатрической клинике чаще всего встречается 2 типа патологического (паранойяльного) развития: с сутяжным синдромом и с идеями ревности. Согласно данным Т. П. Печерниковой (1969), сутяжно-паранойяльные состояния при психопатиях, являясь реактивным образованием, могут выражаться в виде нестойких, но склонных к рецидивированию отдельных сутяжных тенденций, возникающих на фоне декомпенсации психопатии: в форме стойких сверхценных образований, характеризующихся узостью и конкретностью содержания; в виде сутяжно-паранойяльного бреда.

Постреактивным и психогенным развитием следует называть те реактивно обусловленные формы развития личности, которые возникают после перенесенного реактивного состояния (в форме невроза или реактивного психоза). Таким образом, «невротическое развитие» является одной из форм постреактивного развития личности. Постреактивное развитие берет свое психопатологическое содержание либо из преморбидных свойств личности, либо из формы реактивного состояния и постреактивной невротической стадии (например, постреактивная астения).

О патохарактерологическом развитии говорят в том случае, когда развитие патологического характера происходит под влиянием длительного воздействия различных ситуационных факторов и приводит к формированию «краевой» психопатии (стадия развития «краевой» психопатии). Таким образом, если при патологическом развитии ситуационный психогенный фактор является лишь пусковым механизмом для роста психопатических черт, то при постреактивном и патохарактерологическом развитии он является решающим и определяющим клиническую динамику психопатии.

Распознавание и отграничение психопатий. При распознавании психопатий следует иметь в виду, что неточная диагностика может иметь нежелательные последствия как для обследуемого, так и для его семьи и общества. Необоснованно широкое диагностирование психопатий по отдельным отклонениям в высказываниях, по манере антисоциального поведения, по отдельным чертам характера или наличию в анамнезе экзогенных и средо-

вых вредностей может привести к включению в понятие психопатий непатологических девиаций личности, к неправильной методологической установке, следствием которой окажется ложный вывод о роли психопатий в происхождении преступности. Даже при наличии массивных характерологических нарушений диагноз психопатии бывает оправдан далеко не всегда. За этим фасадом нередко скрывается симптоматика различных психических заболеваний (шизофрения, органические поражения мозга и др.), при которых нередко преобладает психопатоподобный синдром.

Диагностика психопатий должна основываться на тщательном изучении объективного анамнеза, на знании клинических закономерностей их становления, возрастной динамики, клиники динамических сдвигов и особенностей патологических развитий, возникающих в процессе формирования психопатий или после его завершения. Диагностика психопатий предполагает отграничение их как от психопатоподобных состояний иной нозологической природы, так и от непатологических девиаций личности. Однако прежде всего необходимо уточнить положение психопатий в рамках пограничных состояний.

Поскольку в происхождении «краевой» психопатии психогения играет ведущую роль, важно разграничение психопатий и неврозов, неврозов и невротического развития. Дифференциальный диагноз должен опираться не столько на генетические, сколько на клинические признаки.

При отграничении психопатий от неврозов наиболее важны два признака: парциальность невротических нарушений и тотальность психопатической структуры личности; сохранность сознания и чувства болезни при неврозах и отсутствие их при психопатиях. Некоторые психопаты (например, психастеники) тяготятся присущими им особенностями, однако эти особенности они воспринимают не как симптом болезни, а как тягостную, но неотъемлемую черту их личности (О. В. Кербиков, 1961; Hoff, 1956).

Невроз — это болезнь, временное болезненное нарушение психической деятельности. Психопатия, как врожденная, так и приобретенная, — это более или менее стабильное патологическое состояние, хотя и имеющее свои формы динамики. Неврозы могут возникать и при психопатиях, но не входят в их структуру, а при длительном течении невроза возможна трансформация психопатических особенностей.

Когда невроз сопровождается невротическим развитием, указанные критерии постепенно теряют свое значение. Если течение и симптоматика невроза тесно связаны с психической травмой и отражают ее, то при невротическом развитии утрачивается не-

посредственная связь с вызвавшим его психогенным фактором— происходит как бы саморазвитие и возникновение новых личностных изменений получает автономию.

Также трудно отграничить психопатии от непатологических вариантов характера. «Акцентуированные» личности (Leonhard, 1964), «угрожаемые (в отношении психопатий) структуры» (Baeyer, 1959) отличаются от психопатов тем, что имеют отдельные психопатические черты, а не целостные психопатические структуры личности.

При отграничении патохарактерологического развития от непатологических вариантов «дурного» характера, возникающих под влиянием педагогической и социальной запущенности, следует помнить, что о психопатии можно говорить лишь в тех случаях, когда сформировалась определенная клиническая структура психопатической личности, в основе которой лежит определенный стереотип развития.

Необходимо также проводить дифференциальный диагноз между пубертатным кризом у нормального ребенка и становлением психопатии. Г. Е. Сухарева предостерегает не только от диагноза шизофрении, но и психопатий, так как сами по себе возрастные особенности пубертатного периода могут имитировать и шизофренические, и психопатические симптомы.

Следует остановиться также на разграничении психогенных и психопатических реакций: и те, и другие возникают под влиянием психогенного повода. Однако психопатические реакции проявляются как резкое и ограниченное во времени усиление психопатических особенностей, как привычная форма реагирования психопатов, свойственная той или иной группе психопатий. Психогенные реакции приближаются к экзогенным и проявляются в клинически очерченных синдромах реактивного заболевания, не характерных для определенных групп психопатий. Однако психогенные реакции, возникая у психопатических личностей, иногда приобретают клиническое своеобразие.

Известные трудности вызывает отграничение психопатий от психопатоподобных состояний при шизофрении. При шизофрении изменения характера могут обнаруживаться очень рано, а при вяло текущих формах они преобладают. Ремиссии при этом заболевании нередко оформляются как психопатоподобные состояния. При стертости психопатологических симптомов при шизофрении следует учитывать также такие проявления, как ускоренное интеллектуальное развитие при быстром нарастании дисгармонии психики, однообразное и стереотипное фантазирование с отрывом от реальности, беспричинное появление вялости, апатичности, внезапные, резкие и маломотивированные характерологические

трансформации, странные, психологически необъяснимые поступки, упорные головные боли, не связанные с переутомлением, соматическими и органическими моментами, неуклонное нарастание патологических явлений вне зависимости от средовых и соматогенных факторов, большая пестрота, полиморфность и диссоциированность характерологических особенностей, качественные особенности клинических характеристик (сосуществование гипер- и гипостенических компонентов астенического синдрома, абстрактные, «интеллектуальные» навязчивости и т. п.), потускнение с годами психопатоподобного синдрома и трансформация его компонентов в изменении личности по так называемому шизофреническому типу (трансформация мнительности в подозрительность и настороженность, нерешительности — в амбивалентность, неуверенности — в рефлексию, инфантильной доверчивости — в регрессивную синтонность, восторженной экспансивности — в монотонную одержимость), замещение психопатоподобных изменений процессуальными расстройствами и явлениями дефекта (В. Я. Гиндикин, 1973).

Бредовые идеи при психопатиях (патологическое развитие) отличаются обращенностью к социальным и бытовым мотивам, тесной связью структуры синдрома с конкретным вызвавшим обстоятельством, печатью правдоподобности в высказываниях больных, монотематичностью, выраженной эмоциональной охваченностью, постепенным развитием и расширением синдрома, отсутствием застывших бредовых форм и признаков психического распада личности.

При органических поражениях головного мозга психопатоподобный синдром встречается очень часто. Необходимость дифференциального диагноза с психопатиями возникает в тех случаях, когда органическое поражение перенесено в раннем возрасте, поскольку психопатии обычно формируются с детства. Клиническая картина органических психопатий практически исчерпывается личностными изменениями (отсутствуют отчетливые интеллектуально-мнестические и диэнцефальные нарушения, органические знаки бывают рассеянными), но в динамике становления психопатий прослеживается органическая окраска симптоматики.

Лечение психопатий, особенно в период их декомпенсаций и обострений, кроме соответствующих изменений среды и особого трудового режима, преследующего цель тренировки и укрепления нервных процессов, включает в себя рациональную психотерапию, физиотерапию (ионогальванизация с бромом, кальцием и др., гальванический воротник по Щербаку, водолечение), а также применение медикаментозных (преимущественно психофармакологических) средств. При использовании последних необхо-

димо учитывать форму психопатии и тип ухудшения состояния, а также индивидуальную реакцию на препарат.

Для устранения психопатического возбуждения хорошо себя зарекомендовали тизерцин, седуксен (в инъекциях), неулептил, сонапакс. В некоторых случаях показано применение инъекций сернокислой магнезии или аминазина. При дисфориях и дистимиях показаны неулептил, тизерцин, аминазин, триптизол, мепротан, седуксен, элениум.

При астенических состояниях эффективны вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой, малые дозы инсулина, а также сиднокарб, амизил, сиднофен и др. В случаях, сопровождающихся бессонницей, применяют тизерцин, хлорпротиксен, сонапакс, пипольфен, эуноктин. При навязчивостях эффективны этаперазин, триптизол, седуксен, элениум, мепробамат; при истероневротических состояниях — триптизол, седуксен, препараты валерианы.

При ухудшениях состояния у возбудимых и паранойяльных психопатических личностей применяют тизерцин, неулептил, седуксен и др., у тормозимых — антидепрессанты и стимуляторы, у истеричных — транквилизаторы, у шизоидных — нейролептики со стимулирующим действием и антидепрессанты.

При лечении сексуальных перверзий в клинике психопатий ведущее значение приобретают комплексные психогигиенические, психотерапевтические и терапевтические мероприятия, направленные, во-первых, на перевоспитание такого больного на базе образования новых условнорефлекторных связей и, во-вторых, — на устранение повышенной сексуальной возбудимости. По данным В. В. Мохова (1971), в этом отношении эффективно применение амбулаторных доз седуксена и элениума в сочетании с инъекциями небольших доз сульфата магния. При выраженной гиперсексуальности показано сочетание бенперидола и метразола с малыми дозами гормонов (эстрогенов — мужчинам, тестостерона пропионата — женщинам).

В Советском Союзе не нашли применения такие порочные и методологически не обоснованные способы «лечения» психопатий, как рекомендуемые в некоторых капиталистических странах кастрация, селективная лоботомия, амфетаминовые шоки, психоанализ, опыты «модификации поведения инакомыслящих» с применением «психотехники» и тому подобные мероприятия, имеющие скорее характер репрессий, чем истинной терапии.

Судебно-психиатрическая экспертиза страдающих психопатиями тесно связана с пониманием клинической и социальной сущности этих состояний. Биологизация понятия преступности («врожденный преступник», по Lombroso) применительно к психопатиям нашла свое развитие в определенных положениях Krae-

pelin, Kurt Schneider, Kretschmer, Kahn и других авторов, а также в широко распространившемся на западе учении Freud (установление связи между преступлением и необходимостью отреагировать сексуальный комплекс и «чувство вины», лежащие в основе невроза и психопатии).

Все эти положения о фатальной неизбежности совершения психопатической личностью преступления, фигурирующие и в многочисленных современных зарубежных исследованиях, привели к выводу о необходимости «лечения преступности» как проявления биологической аномалии при психопатиях.

В связи с развитием антропологического и социологического направлений угловного права в зарубежных странах возникли противоречия в судебно-психиатрической оценке психопатий: с одной стороны, преступления психопатических личностей, согласно взглядам социологической школы, обусловлены не психической болезнью, а условиями внешней среды, поэтому обследуемых нужно считать вменяемыми. С другой стороны, согласно взглядам антропологической школы, преступление — это проявление врожденной психической неполноценности, поэтому психопатов надо лечить. Следовательно, психопатические личности с антисоциальным поведением должны понести наказание и получить лечение. Этот вывод до сих пор является руководящим принципом во многих странах (США, Англия, Дания, ФРГ и др.)

С этим положением тесно связан и другой вывод указанных школ уголовного права — это принцип «неопределенного приговора» (Gibbens, 1959). Его смысл состоит в том, что психопат должен быть изолирован от общества до тех пор, пока он не будет «излечен» от своих преступных склонностей. В тех же странах до сих пор находит оправдание принцип «опасного состояния преступника» («уголовного психопата»), согласно которому психопата нужно изолировать не только в связи с конкретным правонарушением, но также с возможными криминальными действиями в будущем.

Противоречия, с которыми столкнулись в этих вопросах законодательства ряда стран, привели к выдвижению для психопатических личностей промежуточной оценки — уменьшенной вменяемости. Были созданы учреждения полубольничного, полутюремного типа (социотерапевтические — в ФРГ, Херстедвестер — в Дании, Вайдер-Хофен — в Нидерландах, Борсталь — в Англии), где психопатические личности, совершившие правонарушение, подвергались изоляции и лечению в связи с неопределенным приговором.

Советские судебные психиатры в многочисленных работах, выступлениях на съездах, международных конгрессах четко сфор-

мулировали свои позиции по этим вопросам. Советская судебная психиатрия рассматривает преступность как социальную проблему и отрицает прямые корреляции между психопатиями и преступностью. Основное положение сводится к тому, что патологический характерологический тип далеко не всегда определяет социальный облик личности. Многообразные внешние факторы могут привести и к формированию психопатической структуры личности, и к асоциальности, но сосуществование этих результатов не является правилом. Следует различать психопатическую личностную структуру и социально-психологический аспект личности, т. е. ее социальные установки, систему ее ценностей, манеру поведения. Этот социально-психологический аспект личности при психопатиях может быть различным, как и у психически полноценных индивидуумов.

Условия среды, в которых протекает жизнь психопатической личности, не остаются неизмененными, застывшими, вместе с их изменениями могут меняться и социальные установки психопатической личности.

Советские психиатры придают большое значение тем отрицательным социально-психологическим влияниям, которые могут возникать в непосредственном окружении формирующейся психопатической личности, облегчая появление асоциальных тенденций. Только при глубоких психопатиях прослеживается более тесная связь характера криминальных действий с личностными особенностями. Неправомерно также положение, когда без конкретной вины, а только на основании «предпреступного состояния», определяемого математическими показателями отдельных сторон неблагоприятной среды (развод родителей, алкоголизм и и др.), выносится судебный приговор.

Для отечественной науки неприемлемо применение «неопределенных приговоров». Сроки лечения могут недостаточно четко определяться, но они определяются не приговором. Наказание должно быть ограничено точными сроками, иначе приговор можно использовать как способ незаконного лишения лица его правовых гарантий.

Более сложно понятие «уменьшенной вменяемости», введенное в уголовное законодательство ряда стран (ПНР, ЧССР, ГДР, ФРГ и др.). В советское законодательство это понятие не включалось, хотя до 30-х годов некоторое время использовалось в судебно-психиатрической практике. В последующих работах отечественных авторов отмечалось, что понятие «уменьшенной вменяемости», предложенное для более четкого суждения о «степени психической недостаточности», «само по существу лишено каких бы то ни было границ и поэтому ведет к значительно большему

субъективизму, устраняя стремление к четкой экспертной оценке» (Д. Р. Лунц, 1967).

В последние годы это понятие вновь было предметом полемики на страницах печати. О. В. Кербиков (1965), обсуждая проблему качества в медицине, высказал сомнение «в правомерности лишения категории качества» нарушений психики, определяющих степень ответственности субъекта за совершаемые им деяния. С. Ф. Семенов писал (1966), что игнорирование промежуточных болезненных состояний приводит к значительной доле субъективизма в экспертном решении.

В экспертной практике довольно часто приходится встречаться с такой выраженностью психопатии, когда вопрос о вменяемости решается по степени личностных изменений, однако «субъективизм» в оценке этих случаев может быть связан с недостаточной разработанностью клинических критериев невменяемости при психопатиях, а не с отсутствием промежуточных оценочных категорий.

Психопатические личности в основной своей массе вменяемы, поскольку в большинстве случаев они не лишены способности понимать значение своих действий и руководить ими. По мнению Г. В. Морозова (1965), для вменяемого психопата важно не уменьшать срок наказания, а создать в исправительно-трудовых учреждениях специализированный режим, при котором наряду с социально-трудовой реадаптацией будут осуществляться медицинские мероприятия, направленные на компенсацию психопатических проявлений и предотвращение временных динамических сдвигов.

В осуществлении этих мероприятий должны принимать участие психиатры.

При судебно-психиатрической экспертизе страдающих психопатией, как правило, приходится решать вопрос о глубине психопатических изменений личности, о степени выраженности постоянно присущих психопату патологических свойств личности. При этом имеют значение такие признаки, как дисгармоничность психики, выраженность психического инфантилизма, способность к адаптации, возможность корригировать свое поведение, частота и глубина временных динамических сдвигов на протяжении всей жизни, возрастная динамика (тенденция к нарастанию тяжести психопатии или к компенсации), а также состояние критических способностей.

При наличии глубокой личностной патологии психопатические личности невменяемы и к ним применяют меры медицинского характера. Таким образом, в отдельных случаях глубокая психопатия приравнивается к болезни.

Иначе оценивают временные динамические сдвиги при психопатиях. Если правонарушение совершено в период тяжелой декомпенсации или острой психопатической реакции, носившей патологический характер, состояние психопата в момент правонарушения может быть расценено как временное расстройство психической деятельности, сделавшее обследуемого невменяемым. Если состояние декомпенсации или психопатической реакции развилось после совершения правонарушения, то судебное разбирательство приостанавливается. Как и при реактивных состояниях, обследуемого направляют на принудительное лечение до исчезновения болезненных расстройств. После этого он может предстать перед судом и нести ответственность за правонарушение, совершенное во вменяемом состоянии. Страдающие психопатией с патологическим развитием личности и формированием психотического симптомокомплекса (патологические сверхценные или бредовые идеи) как психически больные невменяемы.

Все невменяемые психопатические личности нуждаются в мерах медицинского характера и направляются на принудительное или общее лечение в психиатрические больницы либо под наблюдение районного психиатра. Сроки лечения определяются не «криминальностью» психопата, а особенностями его психического состояния.

Литература

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., «Медицина», 1964, 292 с.
Кербиков О. В. Избранные труды. М., «Медицина», 1971, 312 с.
Костандов Э. А. Влияние отрицательных эмоций на восприятие у психопатов.—«Ж. невропатол. и психиатр.», 1970, т. 70, в. 2, с. 225—234.
Краснушкин Е. К. Избранные труды. М., Медгиз, 1960, 608 с.
Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. М., «Медицина», 1970, 222 с.
Лунц Д. Р. Проблемы невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М., «Медицина», 1966, 236 с.
Морозов Г. В. Роль биологического и социального факторов в патогенезе и клинике психопатий в рассмотрении их в судебно-психиатрическом аспекте.—Материалы 4-го Всесоюзного съезда невропат. и психиатр.», т. 3. М., 1969, с. 175—179.
Фелинская Н. И. Формирование и динамика психопатии.— В кн.: 3-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров (тезисы докладов). Т. II. М., 1974, с. 154—158.
Фелинская Н. И., Иммерман К. Л. О психогенном развитии личности.— В сб.: Практика судебно-психиатрической экспертизы. № 4, М., 1961, с. 3—10.

Binder H. Психопатии, неврозы, патологические реакции.— В кн.: Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле. М., «Медицина», 1967, с. 143—165.
Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Wyd. IV. Warsawa, Panstw. zakl. wyd. lek., 1969, 853 s.

Gregory J. Psychiatry, Biological and Social. Boston—Philadelphia. Saunders Co., 1961, 577 p.

Leonard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin,—"Verlag Volk und Gesundheit", 1968, 287 s.

Parental deviance and the genesis of sociopathic personality.—The Amer. Journ. of Psychiatry, 1962, v. 118, N 12, p. 1114—1124. Aut.: P. O'Neal, L. N. Robins, L. J. King, J. Schaefer.

Noyes A. P., Kolb L. C. Modern Clinical Psychiatry. 6 Ed. Philadelphia—London. Saunders Co., 1963, 586 p.

Schneider K. Der Psychopath in heutiger Sicht.—"Forsch. d. Neurol., Psych. u. ihrer Grenzgeb.", 1958, h. 1, S. 1—6.

Hoff Hans Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. 1, 2.—"Benno Schwabe u. Co Verl.", Basel—Stuttgart, 1956, 922 S.

Глава 27

Реактивные состояния

Реактивными состояниями называются временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на психическую травму. Термин «реактивные состояния» принят преимущественно в советской психиатрической литературе. В западноевропейской и американской литературе аналогичные состояния описываются под различными названиями: анормальные реакции, психогенные реакции и т. п.

Реактивные состояния составляют две основные подгруппы: неврозы и реактивные (или психогенные) психозы. Основным клиническим признаком реактивных психозов является продуктивная психотическая симптоматика, которая отсутствует при неврозах. Неврозы развиваются чаще под влиянием длительного воздействия травмирующей ситуации, а реактивные психозы — в результате острой, сильной психической травмы.

Возможность развития реактивного психоза после стадии невроза, а также формирование невротического состояния после перенесенного реактивного психоза свидетельствуют о нозологическом единстве психогенных психозов и неврозов.

Отсутствие терминологического единства в обозначении различных форм реактивных состояний отражает различие взглядов отдельных авторов на их патогенез и клинические границы. Вопросы классификации реактивных состояний неразрывно связаны с развитием учения о психогениях. Большое влияние на трактовку сущности психогений и их классификацию оказали различные субъективно-психологические концепции, прежде всего феноменологическое направление.

Теоретическое обоснование это направление в проблеме психогений получило в известных положениях Jaspers (1913). Противопоставляя психическое физическому, он полагал, что естественнонаучное, причинное объяснение явлений возможно лишь в отношении соматических процессов и неприемлемо в отношении психических. Согласно Jaspers, психогенные состояния относятся к истинным реакциям, имеющим 3 общих признака: они возникают психологически понятным образом из переживаний, отражают в своей симптоматике содержание психической травмы и в своем течении непосредственно зависят от этой психической травмы. Предложенная триада отграничения реактивных состояний и выделения их из других форм в период становления понятия психогений имела безусловный клинический смысл и была принята большинством авторов.

Однако дальнейшее накопление фактов вскрыло условность и ограниченность выдвинутых критериев, не охватывающих всех клинических вариантов. П. Б. Ганнушкин (1933), а затем Е. А. Шевалев (1935) отметили, что нередко реактивное состояние не возникает непосредственно вслед за психической травмой, а бывает отставлено во времени. Несостоятельность второго критерия также была подчеркнута П. Б. Ганнушкиным (1933), а в дальнейшем рядом авторов (А. Н. Бунеев, 1940, 1946; В. А. Гиляровский, 1944; Bleuler, 1955, и др.), указывавших, что психологически понятная связь содержания психопатологической симптоматики с предшествующей психогенно-травмирующей ситуацией возможна и при шизофрении, и при других психических заболеваниях. Такую же критическую оценку получил и третий критерий. Рядом авторов было убедительно показано, что далеко не всегда течение реактивного состояния зависит от наличия или устранения травмирующей ситуации, а также не всегда истинно психогенные психозы бывают полностью обратимыми (И. Н. Введенский, 1926, 1929; Е. К. Краснушкин, 1928; П. Б. Ганнушкин, 1933, и др.). В клинических и теоретических исследованиях советских психиатров в области реактивных состояний не получило развития и конституциональное направление.

В противоположность субъективно-психологическим концепциям в понимании психогений, многочисленные исследования советских психиатров были направлены на изучение психопатологической картины отдельных форм реактивных состояний, их течения и клинических границ, что способствовало разработке наиболее оправданной клинической классификации этих состояний.

В процессе изучения значения преморбидных особенностей личности в общем патогенезе психогений было положено начало

исследованиям реагирующей почвы в более широком плане. При этом выявилась роль не только конституциональных особенностей, но и комплекса экзогенных и прежде всего соматогенных вредностей в течении реактивных психозов (В. П. Осипов, 1941; С. Г. Жислин, 1942; А. Н. Бунеев, 1944, 1946; В. А. Гиляровский, 1944, 1946).

Этиология и патогенез. В возникновении реактивных состояний определяющее значение имеют 2 фактора: характер психической травмы, с одной стороны, и особенности почвы, на которую воздействует эта травма, — с другой.

Предрасполагающими моментами, способствующими развитию реактивных состояний, являются инфекции, интоксикации, некоторые органические поражения мозга, травмы, атеросклероз. Определенную роль играют и конституциональные особенности личности, периоды возрастных кризов, а также перенесенные ранее психические травмы. При всем многообразии психотравмирующих факторов можно отметить ряд типовых особенностей, составляющих общую характеристику воздействия психогении:

— психологическое содержание травмирующей ситуации чрезвычайно разнообразно и вариабельно, но во многом оно определяется общей системой ценностей данной личности;

— длительность воздействия психотравмирующих факторов, обусловленная непосредственно периодом существования психотравмирующей ситуации и динамикой отношения личности к этой ситуации;

— фактор разрешенности травмирующей ситуации;

— особенности внешней стороны травмирующей ситуации, характеризующейся выключением ряда привычных сенсорных раздражителей и притока внешних впечатлений.

Характер гуморальных сдвигов, наступающих в ответ на сильные эмоциональные нагрузки, раскрыт Selye (1952), создавшим учение о стрессе. В последние годы подробно изучены функции различных систем организма в условиях эмоционального стресса, нейрохимические механизмы реакций, возникающих в стрессовых ситуациях как на невротическом, так и на психотическом уровне. Они представляются следующим образом: сразу вслед за осознанием психотравмирующей ситуации, т. е. за сугубо корковым процессом, формируется эмоционально-вегетативная реакция, вызванная возбуждением лимбических и стволовых структур.

Адренергический субстрат мозга как структура, принимающая непосредственное участие в реакции организма на изменения внешней среды, особенно вызывающие отрицательные эмоции, активизируется в первую очередь. Функция адренергических структур трансформируется на разных этапах течения реактив-

ных состояний, переходя от повышенной активности к снижению деятельности и истощению (И. П. Анохина, 1961, 1973; Н. А. Иванов и др., 1967, 1971).

В настоящее время изучены функции различных систем организма в условиях психотравмирующей ситуации, раскрыты последовательные этапы и звенья патогенеза реактивных состояний, определяющие качественно различный уровень клинических проявлений, в одних случаях — невротический, в других — психотический.

Неврозы. Неврозами называются формы реактивных состояний, возникновение которых связано не столько с острыми психическими травмами, сколько с длительно существующими конфликтами. В развитии неврозов большое значение имеют особенности личности, которые отражают слабость высшей нервной деятельности, низкую физиологическую выносливость по отношению к различным по своей значимости психогениям.

При неврозах на первый план выступают нарушения эмоционально-волевой сферы при отсутствии грубых интеллектуальных расстройств. В клинической картине неврозов, независимо от их характера, большое место занимают разнообразные функциональные нарушения вегетативной нервной системы, а также деятельности сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта, половой сферы. Клиническая картина невротических проявлений очень разнообразна и определяется не только характером невроза, но и стадией его развития.

Неврозы подразделяются на 3 основные формы: истерический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения. В судебно-психиатрической практике чаще встречается истерический невроз, нередко возникающий при истерической психопатии, а также у людей с другими патологическими чертами характера; однако он может возникнуть и при отсутствии соответствующих личностных особенностей.

Клиническая картина истерического невроза чрезвычайно многообразна. Схематично все истерические проявления можно разделить на 4 основные группы: двигательные расстройства; сенсорные нарушения и нарушения чувствительности; вегетативные нарушения; психические расстройства.

Истерические припадки отличаются выразительностью, длительностью, сопровождаются слезами, стонами, криками. Истерические расстройства двигательной сферы обычно не зависят от иннервации, а соответствуют представлению об анатомическом делении конечностей (паралич одной руки, обеих рук и ног, всех конечностей). Истерические контрактуры отмечаются в мышцах конечностей, иногда мышцах шеи, туловища. Нередко встречают-

ся явления астазии — абазии (отказ от стояния и ходьбы при полной сохранности опорно-двигательного аппарата). Такие больные, лежа в постели, совершают произвольные движения конечностями, изменяют положение тела. Однако при попытке их поставить они падают, не опираются на ноги. Иногда при длительно существующих параличах наступают вторичные атрофии. При истерическом параличе голосовых связок отмечается истерическая афония (утрата звучности голоса). При истерическом мутизме сохраняется способность письменной речи и не нарушаются произвольные движения языком. Очень характерны истерические гиперкинезы, которые проявляются в дрожании различной амплитуды. Гиперкинезы усиливаются при волнении и исчезают в спокойной обстановке, а также во сне. Иногда бывают тики в форме судорожных сокращений отдельных групп мышц. Судорожные явления со стороны речи проявляются в истерическом заикании.

Сенсорные нарушения чаще всего проявляются в понижении или утрате кожной чувствительности. Отмечаются также болевые ощущения в различных частях тела и различных органах. Часто встречаются нарушения деятельности отдельных органов чувств: истерическая слепота (амавроз), глухота. Нередко истерическая глухота сочетается с истерическим мутизмом, возникает истерическая глухонемота (сурдомутизм).

Вегетативные нарушения занимают большое место в клинической картине истерического невроза. Часто наблюдаемый спазм гладкой мускулатуры определяет такие характерные симптомы, как чувство сжатия горла (истерический ком, globus hystericus), ощущение непроходимости пищевода, недостатка воздуха. Нередко бывают истерическая рвота, не связанная с каким-либо заболеванием желудочно-кишечного тракта, метеоризм, понос, спазм мочевого пузыря, тахикардия, аритмия, одышка.

Психические нарушения еще более выразительны и многообразны, чем все другие проявления истерического невроза. Преобладают эмоциональные нарушения: страхи, неустойчивость настроения, состояния подавленности и депрессии. За внешней выразительностью, экспрессивностью, патетикой и театральностью скрываются часто очень поверхностные эмоции. Нередко ведущее место занимают фобии, преимущественно ипохондрические. В ряде случаев реакция на травмирующую ситуацию проявляется в усилении фантазирования. Содержание фантазий отражает замещение действительности контрастными по содержанию вымыслами, стремление к уходу от непосильной стрессовой ситуации.

Дифференциальный диагноз при истерическом неврозе необходимо проводить с расстройствами, наблюдаемыми при органи-

ческом поражении центральной нервной системы. Истерический припадок отличается от эпилептиформного и эпилептического непосредственной связью с травмирующим поводом. Он не имеет той последовательности отдельных стадий, которая наблюдается при эпилепсии (тоническая, затем клоническая стадия). Движения выразительны, припадок сопровождается плачем и стонами, нет полной потери сознания, тяжелых ушибов при падении, непроизвольного мочеиспускания, прикусов языка, цианоза лица; зрачки реагируют на свет, сохраняется реакция на резкие раздражители. Припадок не сопровождается угнетением сухожильных рефлексов. Истерический припадок может продолжаться несколько часов (особенно если больному уделяют внимание). После припадка наблюдается длительная фаза постепенного успокоения, иногда с рецидивами бурных эмоциональных взрывов, слез, жалоб и стонов. Эпилептиформные припадки, связанные с травматическим поражением диэнцефальной области, трудно отличить от истерических. Дифференциальному диагнозу помогает общий анализ личности: изменения психики по травматическому типу, наличие дисфорий, а также известная последовательность в нарастании приступа при травматическом поражении диэнцефальной области (фаза вегетативных расстройств, фаза растормаживания стволовых движений, фаза тонического напряжения, фаза обездвиженности). Однако описанные классические формы истерического невроза встречаются теперь реже.

При дифференциальном диагнозе истерических параличей и парезов характерно их несоответствие иннервации. При истерических параличах сухожильные рефлексы не нарушаются. Во время сна истерические параличи могут исчезать. То же можно сказать и о других двигательных расстройствах (гиперкинезы, тики и др.). Не соответствующую неврологическим данным локализацию имеют также истерические анестезии и болевые ощущения, часто они не поддаются воздействию болеутоляющих средств (пирамидон, пантопон и др.), которые хорошо устраняют боли иного происхождения.

При истерической слепоте больные обычно обходят опасные места, что свидетельствует об известной сохранности восприятия. Наряду с этим они обнаруживают большую образность и живописность в демонстрации компенсаторных навыков слепых (ходят широко разбросав руки, ощупывая предметы, натыкаясь на них). Истерическая глухота обычно бывает неполной и избирательной. При обсуждении темы, травмирующей больного, глухота иногда частично проходит. Некоторые авторы рекомендуют разговаривать с больными истерией шепотом. Несмотря на оральную артикуляцию, способность читать по губам у таких больных от-

сутствует. Выражение лица при истерической глухоте остается живым, внимательным.

При истерической афонии кашель, икота остаются звучными. При истерическом мутизме больные живо реагируют на окружающее, стремятся к контакту, иногда пишут. Понимание речи не нарушено. При истерическом заикании отмечается многократное повторение первых звуков или слогов, отсутствуют судорожные сокращения лицевой мускулатуры, не включаются в речь легко произносимые «заменяющие» слова. Заикание удерживается при шепотной речи, чего обычно не бывает в других случаях заикания.

Дифференциальный диагноз облегчается общим анализом личности больного, способов его реагирования, установлением психогенного характера возникновения истерического симптома, его клинической динамики.

Невроз навязчивых состояний встречается в судебно-психиатрической клинике реже, чем истерический. Навязчивые явления разделяют на 2 основные формы: навязчивости с отвлеченным, аффективно нейтральным содержанием и чувственно-образные навязчивости с аффективным, обычно крайне тягостным содержанием. К отвлеченным навязчивостям относятся навязчивый счет, навязчивые восприятия забытых имен, формулировок, терминов, навязчивое мудрствование (умственная жвачка).

Навязчивости чувственно-образные, с тягостным аффектным содержанием, более многообразны. К этой группе относятся навязчивые сомнения, постоянно возникающая неуверенность в правильности и законченности совершенных действий, навязчивые представления, которые, несмотря на их явную неправдоподобность, абсурдность, не могут быть устранены (у матери, похоронившей ребенка, вдруг появляется чувственно-образное представление, что ребенок похоронен живым), навязчивые воспоминания — непреодолимое, назойливое воспоминание какого-либо неприятного, отрицательно эмоционально окрашенного события в прошлом, несмотря на постоянные усилия не думать о нем. К этому же ряду навязчивых явлений относятся навязчивые опасения в выполнении привычных автоматизировавшихся поступков и действий. Навязчивые страхи (фобии) особенно многообразны по содержанию (боязнь высоты, пространства и т. д.), отличаются непреодолимостью и, несмотря на их бессмысленность, невозможностью с ними справиться. Навязчивые действия— движения, совершаемые против желания больных, несмотря на все прилагаемые усилия, чтобы их сдержать. Иногда первоначальные действия бывают целенаправленными (например, покашливание при ларингите или характерное вытягивание шеи, когда

мешает слишком узкий воротник и т. п.), в дальнейшем они фиксируются, утрачивая смысл и целенаправленность. Другая группа навязчивых действий сопровождает фобии и носит характер ритуалов.

В легких случаях в связи с полной сохранностью критики и сознания болезненного происхождения этих явлений страдающие неврозами скрывают свои навязчивости от окружающих. При тяжелой форме невроза на некоторое время исчезает критическое отношение к навязчивостям.

При судебно-психиатрической экспертизе следует иметь в виду, что только в очень редких случаях тяжелых невротических состояний явления навязчивости могут приводить к антисоциальным действиям. Подавляющее большинство больных с неврозом навязчивых состояний вследствие критического к ним отношения и борьбы с ними не совершают общественно опасных действий, связанных с явлениями навязчивости.

Дифференциальный диагноз невроза навязчивых состояний следует проводить с синдромом навязчивостей, возникающим при других психических заболеваниях (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз). Навязчивые состояния при неврозоподобной форме шизофрении возникают вне психогенного повода, чаще относятся к навязчивым мудрствованиям, навязчивые двигательные акты носят характер стереотипий и сочетаются с постепенно нарастающей негативной симптоматикой.

Навязчивые состояния при органическом поражении центральной нервной системы отличаются элементарностью, пароксизмальностью и однообразием проявлений, возникают в связи с астенизацией личности под влиянием органического заболевания.

Неврастения проявляется в «раздражительной слабости», т. е. повышенной возбудимости и быстрой истощаемости, утомляемости. Неврастения обычно возникает при непосильном умственном или физическом труде, особенно если условия работы конфликтны, а труд однообразен и утомителен. Большую роль играет недостаточность сна, отдыха и длительность травмирующей ситуации, вызывающей постоянное психическое напряжение. Неврастения развивается, как правило, медленно. Вначале появляется повышенная возбудимость и лабильность нервной системы. В последующем повышенная возбудимость сопровождается повышенной истощаемостью. Ввиду недостатка активного внимания, рассеянности ухудшается усвоение нового материала, запоминание, отмечается невыносливость к обычным раздражителям — звуку, свету. Появляются головные боли, нарушение сна. Больные жалуются на чувство разбитости, вялости, отсутствие сил. Настроение обычно понижено. Имеются также нарушения со стороны веге-

тативной нервной системы. Течение неврастении длительное и зависит, с одной стороны, от прекращения или продолжающегося действия травмирующей ситуации (особенно если эта ситуация вызывает постоянную тревогу и ожидание неприятности), с другой — от типа нервной системы и общего состояния организма. При изменившихся условиях симптомы неврастении обычно исчезают.

При неврастении дифференциальный диагноз следует проводить с неврозоподобными синдромами, наблюдающимися на начальных этапах многих органических заболеваний нервной системы (церебральный атеросклероз, сифилис мозга, прогрессивный паралич, травмы головы и т. д.), а также при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях.

При неврастении в анамнезе всегда имеется психическая травма. Больной доступен, сохранено сознание болезни и стремление лечиться. Отсутствие измененной неадекватной аффективности, а также нарушений мышления и мотивации поступков (особенно это относится к совершенному правонарушению) свидетельствует против шизофрении. Отсутствие органической эйфории, а также легкой завуалированности сознания наряду с отсутствием патологических изменений в ликворе позволяет исключить невротическую стадию прогрессивного паралича.

При органических заболеваниях тщательное исследование обычно выявляет свойственные им неврологические нарушения и характерную психопатологическую симптоматику (снижение критики, утрата прежних морально-этических установок при прогрессивном параличе, слабодушие, снижение памяти в сочетании с сосудистой лабильностью при церебральном атеросклерозе и т. д.). При отграничении неврастении от соматически обусловленных астенических состояний большое значение имеют анамнестические сведения о перенесенном тяжелом соматическом заболевании. В отличие от этого при неврастении всегда присутствует длительная неразрешимая психотравмирующая ситуация.

Реактивные психозы

Реактивные психозы по клинической картине, остроте, характеру и длительности течения можно разделить на острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы и затяжные реактивные психозы.

Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием внезапной очень сильной психической травмы, представляющей угрозу существованию, чаще всего при массовых катастро-

фах (землетрясение, пожар, наводнение, транспортные катастрофы и др.), при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным известием, арестом, и т. п. Острые шоковые реакции встречаются редко и клинически проявляются в двух формах: гипокинетической и гиперкинетической.

Гипокинетическая форма или психогенная психомоторная заторможенность проявляется внезапно наступающей полной обездвиженностью, мутизмом. Это состояние длится от нескольких минут до нескольких часов, сопровождается вегетативными нарушениями и глубоким помрачением сознания по типу сноподобной оглушенности с последующей полной амнезией.

Гиперкинетическая форма или психогенное психомоторное возбуждение проявляется в столь же внезапно наступившем хаотическом бессмысленном двигательном беспокойстве — бесцельные недифференцированные и нецеленаправленные движения, крики, бессмысленное бегство, нередко в направлении опасности.

Вегетативные нарушения выражаются тахикардией, резким побледнением или гиперемией, профузным пóтом, поносом. Состояние возбуждения сопровождается сумеречным расстройством сознания с последующей амнезией. К гиперкинетической форме шоковых реакций следует относить также острые психозы страха. В этих случаях в клинической картине психомоторного возбуждения ведущим симптомом является панический, безудержный страх, отмечается выраженная гиперпатия. Иногда психомоторное возбуждение сменяется психомоторной заторможенностью, больные как бы застывают в позе, выражающей ужас, отчаяние. Такое состояние страха обычно исчезает через несколько дней, но в дальнейшем всякое напоминание о травмирующем переживании может привести к обострению приступов страха.

Иногда в картине острого психомоторного возбуждения на фоне сумеречного состояния сознания основное место занимает острая психогенная речевая спутанность. Бессвязные высказывания больных представляют собой беспрерывный речевой поток, отражающий травмирующую ситуацию.

Эти острые реакции продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и, так же как и другие состояния психомоторного возбуждения, приводят к последующей амнезии.

Подострые реактивные психозы. В судебно-психиатрической клинике подострые реактивные психозы встречаются наиболее часто. По психопатологической картине подострые реактивные психозы более сложны и многообразны, чем острые шоковые реакции. Они развиваются более медленно и постепенно. После воздействия психогенной травмы проходит определенный период переработки травмирующего переживания.

Иногда подострые реактивные психозы вначале проходят острую стадию, которая затем переходит в подострую. В других случаях подострым реактивным психозам предшествует невротическая стадия. Длительность подострых реактивных психозов — от 2—3 нед до 2—3 мес. К таким психозам относятся психогенная депрессия, психогенный параноид и галлюциноз, истерические психозы.

Психогенными депрессиями называются психогенные реакции, в клинической картине которых ведущее место занимает депрессивный синдром, проявляющийся в аффекте тоски и общей психомоторной заторможенности.

В судебно-психиатрической клинике психогенную депрессию изучали П. Н. Введенский (1938), Н. И. Фелинская (1941, 1955, 1965), А. Н. Бунеев (1943, 1946), И. Н. Боброва (1971). Выделяют 3 основных синдрома психогенной депрессии: депрессивно-параноидный, астено-депрессивный, депрессивно-истерический. Иногда отмечаются сочетание различных синдромов психогенной депрессии или переходы одного синдрома в другой.

Депрессивно-параноидный синдром проявляется в медленном и постепенном развитии и нарастании состояния подавленности, которому предшествует длительный период психической переработки травмирующего переживания. Появляются бессонница, различные неприятные соматические ощущения, утрачивается аппетит. Первое время депрессия обычно более или менее адекватна и психологически понятна. Далее наряду с элементами боязливого ожидания нарастают и углубляются подавленность, тоскливость, сопровождающиеся психомоторной заторможенностью. На фоне углубляющейся депрессии появляются идеи отношения, самообвинения, обычно связанные с травмирующим моментом.

При сохранности формальной ориентировки окружающее воспринимается неотчетливо, отмечаются явления деперсонализации и дереализации. Отмечается и бредовая интерпретация окружающего. Иногда возникает синдром Кандинского, представленный лишь отдельными компонентами в виде чтения мыслей, ощущения внутренней раскрытости. Однако эти психопатологические проявления отличаются элементарностью, однообразием содержания, возникают эпизодически. Депрессивный синдром, нарастая, может перейти в депрессивный ступор. Течение обычно длительное (2—3 мес). Больные резко худеют, у них отмечаются выраженные вегетативные нарушения — тахикардия, колебания артериального давления, чувство сдавления, боли и тяжесть в области сердца. Нередки упорные суицидальные тенденции и попытки, которые в связи с отсутствием демонстративности требуют особой бдительности от окружающих. При изменении ситуации или при лечении

прежде всего исчезают компоненты синдрома Кандинского, бредовая интерпретация окружающего. Депрессия становится менее глубокой и более адекватной, постепенно проходит психомоторная заторможенность, появляется критика к перенесенному болезненному состоянию.

Астено-депрессивные состояния начинаются с явлений нервно-психического истощения, достигающего степени глубокой астении. По мере развития заболевания нарастает психомоторная заторможенность. Аффект тоски бывает маловыразительным, замещаясь состоянием монотонного уныния, апатии в сочетании с подавленностью всех психических функций. Замедленность темпа психических процессов, повышения порога восприятия отражают изменение сознания по типу оглушенности. Об этом свидетельствует также то, что после выхода больных из реактивного состояния о периоде наиболее выраженной заторможенности у них сохраняются неотчетливые смутные воспоминания. При углублении этого состояния, особенно при включении дополнительных неблагоприятных факторов (инфекции, интоксикации), состояние депрессии может перейти в вялый ступор, который отличается особенно неблагоприятным течением. При спонтанном обратном развитии, а также в результате терапии или изменения неблагоприятной ситуации уменьшается психомоторная заторможенность, начинает отчетливее звучать депрессивный аффект, появляются тревога и беспокойство, адекватные конкретной ситуации. Постепенно психическая деятельность восстанавливается, однако долго остается состояние постреактивной астении.

Истерическая депрессия наиболее часто встречается в судебно-психиатрической практике. Истерическая депрессия обычно развивается после короткого периода истерического возбуждения. Клиническая картина отличается особой яркостью симптоматики, часто сочетается с другими истерическими проявлениями: псевдодеменцией, пуэрилизмом, бредоподобными фантазиями. Аффект тоски при истерической депрессии чрезвычайно выразителен. Настоящей психомоторной заторможенности в этих случаях нет.

Спонтанные движения и жесты больных отличаются особой пластичностью, театральностью, тонкой дифференцированностью. Иногда тоска сочетается с гневливостью, депрессия становится ажитированной, но и в этих случаях моторика и мимика остаются столь же выразительными. Нередко больные наносят себе повреждения или совершают демонстративные суицидальные попытки. Больные не склонны к бредовым идеям самообвинения, чаще обвиняют во всем окружающих, высказывают преувеличенные опасения по поводу своего здоровья. Протекает истерическая депрессия на фоне истерически суженного сознания с колебания-

ми интенсивности всех расстройств. Иногда, особенно при упоминании о волнующем переживании, у больных возникают кратковременные состояния психомоторного возбуждения в виде истерического отчаяния, проявляющегося злобно-тоскливым напряженным аффектом. Это сопровождается высказываниями по типу патетического монолога, отражающими психотравмирующую ситуацию, агрессией и демонстративными самоповреждениями.

При углублении реактивного состояния истерическая депрессия переходит в истерический ступор. Течение его благоприятное, болезненное состояние может исчезнуть сразу после изменения ситуации или проведенного лечения либо постепенно. После перенесенной истерической депрессии некоторое время остается злобная раздражительность, гневливость, склонность к психогенно обусловленным колебаниям настроения.

Диагностика истерической депрессии, характеризующейся яркостью и выразительностью клинической картины, обычно не вызывает затруднений. Дифференциальный диагноз реактивной депрессии (депрессивно-параноидный и астено-депрессивный синдром) проводится с депрессивной фазой маниакально-депрессивного психоза и шизофренией. При реактивном депрессивно-параноидном и астено-депрессивном синдромах в отличие от депрессивной фазы отсутствуют суточные колебания настроения, витальная тоска. Идеи самообвинения или отсутствуют, или сочетаются с идеями оправдания и помилования.

В отличие от шизофрении при депрессивно-параноидном реактивном состоянии содержание переживаний связано с реальной ситуацией, явления деперсонализации и психического автоматизма не складываются в целостный синдром, бывают эпизодическими. В отдельных проявлениях психического автоматизма преобладают нарушение чувства собственной активности, элемент насильственности при отсутствии чуждости собственных мыслей, чувств и действий.

При реактивном астено-депрессивном синдроме в отличие от шизофрении за внешней вялостью, монотонностью скрывается глубокая депрессия, сохранная эмоциональность. Особенно отчетливо это проявляется в период выхода больных из реактивного состояния, когда обнаруживаются выраженная эмоциональная лабильность, повышенная впечатлительность, чувствительность, явления раздражительной слабости при отсутствии эмоционального уплощения, характерного для шизофрении «притупления», снижения психической активности.

В судебно-психиатрической клинике различные формы психогенного бредообразования описаны А. Н. Бунеевым (1937, 1943,

1947), И. И. Введенским (1948), К. Л. Иммерман (1953, 1959, 1969), В. П. Джимшелейшвили (1963), Д. А. Аменицким (1963).

Психогенный параноид и галлюциноз. Острые параноиды (без галлюцинаторных явлений) относятся к сравнительно редким формам реактивных состояний. Возникают они обычно после ареста, в тюрьме, нередко после бессонницы. В начальной стадии у больных появляются непонятная мучительная тревога, общее эмоциональное напряжение и беспокойство. При сохранности ориентировки отмечается легкое изменение сознания, оно характеризуется недостаточной четкостью, дифференцированностью восприятий, явлениями дереализации, ложного узнавания. Бред особого значения, отношения и преследования имеет интерпретативный характер. Тематика параноида отражает травмирующую ситуацию. Состояние тоски и тревоги сменяется беспредметным беспокойством, тревожным ожиданием гибели. Больные защищаются от мнимых преследователей, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Такое состояние продолжается недолго — 2 –4 нед. Постепенно, обычно после помещения в стационар, больные успокаиваются, состояние страха сменяется тоской и подавленностью, соответствующими реальной ситуации. Бредовая интерпретация исчезает. Не высказывая каких-либо новых бредовых идей, больные все же остаются непоколебимо уверенными в реальности всего пережитого. Критика к перенесенным болезненным расстройствам восстанавливается постепенно. В течение длительного времени отмечается астения.

В судебно-психиатрической клинике чаще встречается подострый психогенный галлюцинаторно-параноидный синдром, характеризующийся быстрым темпом развития всех психотических проявлений. На фоне своеобразно измененного сознания активная психическая деятельность оказывается затрудненной, отмечаются явления дереализации и ложного узнавания. Постепенно целенаправленное мышление замещается непрерывным потоком представлений. Отдельные слова и незаконченные фразы быстро сменяют друг друга, не получая ясного оформления. Развертываются воспоминания давно забытых эпизодов. Больные жалуются, что, помимо воли, вынуждены думать о пустяках. Наряду с наплывом мыслей появляется ощущение «вытягивания», «чтения» мыслей, чувство «внутренней раскрытости», что сочетается со слуховыми псевдогаллюцинациями. Возникают явления деперсонализации.

На высоте психотического состояния, на фоне нарастающего аффекта страха, преобладают истинные вербальные галлюцинации, содержание которых непосредственно связано с травмирующей ситуацией. Многочисленные голоса принадлежат родствен-

никам, судье, следователю, часто в виде диалога обсуждают поведение больного, угрожают, предсказывают смерть. Больные слышат плач своих детей, родных, крики о помощи.

Большое место в клинической картине занимает бред отношения, особой значимости и преследования, а также бред внешнего воздействия, постоянного контроля и влияния, проводимого якобы с помощью гипноза, особых аппаратов. Иногда формируется параноидно-ипохондрический синдром, в структуре которого наряду с бредовыми идеями отравления, физического воздействия и преследования большое место занимает ипохондрический бред. Все бредовые идеи объединены общим содержанием, связанным с психотравмирующей ситуацией. На высоте психотического состояния преобладает страх, поведение больных полностью определяется их болезнью.

Перелом в состоянии больных наступает сразу же после помещения в стационар. Раньше всего обычно исчезают галлюцинации. Вместо напряженного аффекта страха выступает депрессия, общая астения. Бред становится резидуальным и не обнаруживает тенденции к дальнейшему развитию, однако долго не восстанавливается полная критика к пережитому.

Очень редко в судебно-психиатрической клинике встречаются чистые психогенные параноиды или психогенные галлюцинозы. При распознавании реактивного параноида следует проводить дифференциальный диагноз прежде всего с шизофренией.

В качестве основных диагностических критериев большинство авторов выдвигают острое начало, связанное с травмирующим моментом, отражение психогенной ситуации в содержании патологических переживаний, зависимость течения от этой ситуации. Однако следует иметь в виду, что и параноидная форма шизофрении, возникающая в условиях лишения свободы, может характеризоваться этими же особенностями. А. Н. Бунеев (1938) большое значение при диагностике реактивных параноидов и галлюцинаторно-параноидного синдрома придает наличию измененного сознания и характеру аффективных реакций, их насыщенности аффектом ужаса и страха. По наблюдениям К. Л. Иммерман (1961), синдром Кандинского при реактивном параноиде имеет ограниченное число элементов: явления наплыва мыслей, слуховые псевдогаллюцинации, необычные ощущения при отсутствии явлений двигательно-волевого автоматизма. Во всех проявлениях преобладает компонент насильственности, нарушения активности при отсутствии явлений чуждости собственных мыслей, чувств и действий. Структура бреда при реактивном параноиде бывает более очерченной, чем при шизофрении, нет полиморфизма, тенденции к дальнейшему интенсивному формированию и трансфор-

мации. Отсутствуют типичные изменения аффективно-волевой сферы и мышления, которые наблюдаются при шизофрении (манерность, негативизм, эмоциональное оскудение, аутизм, символическое мышление и пр.). Решающим дифференциально-диагностическим критерием являются динамика заболевания, стереотип его развития, характерная смена его стадий.

При алкогольном галлюцинозе центральное место занимают обильные слуховые галлюцинации, связанные с «алкогольной тематикой» (назойливое предложение выпить, осуждение за пьянство и т. п.). Бред чаще всего бывает вторичным. Слуховые галлюцинации при реактивном параноиде возникают на фоне эмоционального напряжения, страха, ужаса.

Истерические психозы (бредоподобные фантазии, синдром Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизм, истерический ступор, синдром одичания и др.) встречаются в судебно-психиатрической клинике наиболее часто. Иногда на всем протяжении реактивного состояния остается изолированный очерченный истерический синдром, но чаще отмечаются их смена, чередование или сочетание в сложные синдромы.

Бредоподобные фантазии (Birnbaum, 1908). Термин возник впервые в судебно-психиатрической практике для обозначения клинических форм, встречающихся преимущественно в условиях тюремного заключения и прежде всего отличающихся фантастическими идеями. Эти психогенно возникающие фантастические идеи занимают как бы промежуточное положение между бредом и фантазиями: приближаясь к бредовым идеям по содержанию, бредоподобные фантазии отличаются от них живостью, подвижностью, неспаянностью с личностью, отсутствием стойкой убежденности больного в их достоверности, а также непосредственной зависимостью от внешних обстоятельств.

В советской судебно-психиатрической литературе этот синдром описывали И. Н. Введенский (1938, 1948), Л. А. Пастушенко (1940), А. Н. Бунеев (1944, 1947), Н. И. Фелинская (1961, 1965), Я. Е. Свириновский (1962) и др. В одних случаях синдром бредоподобных фантазий развивается остро, на фоне истерически суженного сознания, окрашенного выраженным аффектом страха. Патологическое фантастическое творчество сопровождается эмоциональным напряжением и быстрым развитием бредоподобных построений, отличающихся изменчивостью, подвижностью, летучестью. Преобладают нестойкие идеи величия, богатства, которые в фантастически-гиперболизированной форме отражают стремление к реабилитации и уходу от тяжелой ситуации. Отдельные фантастические бредоподобные построения не складываются в систему, отличаются пестротой и нередко про-

тиворечивостью. Содержание бредоподобных фантазий несет на себе выраженный отпечаток влияния психотравмирующей ситуации, миросозерцания больных, степени их интеллектуального развития и жизненного опыта. Иногда больные дают псевдодементные ответы, которые служат основой бредоподобных построений.

В период выхода из болезненного состояния исчезают растерянность, тревога, страх, бредоподобные фантазии становятся беднее и однообразнее, утрачивается свойственная им в начале заболевания яркость и подвижность, высказывания больных становятся застывшими, «отработанными», переходят в стереотипно повторяющиеся фразы.

В других случаях бредоподобные фантастические идеи бывают более сложными и стойкими, обнаруживая тенденцию к систематизации. Так же как и при нестойких изменчивых фантастических построениях, все тревоги, заботы и опасения больных связаны не с содержанием идей, а с реальной неблагоприятной ситуацией. В период обратного развития реактивного психоза на первый план выступает ситуационно обусловленная депрессия, фантастические выказывания бледнеют, оживляясь лишь на короткое время при волнении больных.

Реактивный психоз с синдромом бредоподобных фантазий необходимо отграничивать от встречающегося в условиях лишения свободы своеобразного непатологического творчества, которое отражает тяжесть ситуации и потребность в самоутверждении. Больные пишут «научные» трактаты нелепого, наивного содержания, предлагают различные методы борьбы с преступностью, излечения тяжелых заболеваний, продления жизни и т. п. Однако в отличие от реактивного психоза с синдромом бредоподобных фантазий в этих случаях нет закономерной динамики поступательного и обратного развития заболевания, отсутствуют другие психотические истерические симптомы.

Диагностические затруднения возникают также при отграничении психогенных бредоподобных фантазий от псевдологии и фантазирования при истерических психопатиях. При реактивном психозе бредоподобные фантазии возникают остро на фоне истерически измененного сознания, их клиническая картина отражает закономерности течения реактивного психоза, в то время как псевдология психопатических личностей — постоянно присущая им форма реакции в различных стрессовых ситуациях.

Синдром Ганзера и псевдодеменции описан немецким психиатром Ganser в 1897 г. Проявляется остро возникающим сумеречным расстройством сознания, явлениями «миморечи» (неправильные ответы на простые вопросы), истерически-

ми расстройствами чувствительности и иногда истерическими галлюцинациями. Henneberg наблюдал возникновение симптома «мимоpечи» без сумеречного расстройства сознания, а лишь на фоне истерически суженного сознания. Wernike в 1906 г. дал ему название «псевдодеменция». И. Н. Введенский (1905, 1907) подчеркнул особенности «миморечи» психогенного характера, отметив, что в этих случаях в отличие от шизофрении «миморечь» остается в рамках поставленного вопроса, затрагивает круг правильных представлений. Наряду с симптомами «миморечи» был описан и симптом «мимодействия», который проявляется в том, что больной не может выполнить простейшие привычные действия (зажечь спичку, надеть рубашку).

В настоящее время в судебно-психиатрической клинике редко встречается клинически очерченный синдром Ганзера. Чаще наблюдается синдром псевдодеменции (мнимое слабоумие) — истерическая реакция, проявляющаяся в неправильных ответах и действиях, возникающих на фоне истерически суженного сознания и демонстрирующих внезапно наступившее глубокое «слабоумие», которое в дальнейшем бесследно исчезает. В отечественной судебно-психиатрической литературе псевдодеменции посвящены работы И. Н. Введенского (1905, 1907), Н. И. Фелинской (1939, 1941), Г. А. Обухова (1955), М. Г. Гулямова (1957). Клиническая картина псевдодеменции проявляется в двух вариантах: ажитированном и депрессивном (Н. И. Фелинская).

При депрессивном варианте синдром псевдодеменции формируется постепенно на фоне депрессивно-тревожного настроения и общей психомоторной заторможенности. Иногда он возникает после синдрома психогенной депрессии. Больные жалуются на головные боли, ослабление памяти, слабость, возрастающую при каждом движении и даже разговоре. Сознание изменено в виде легкой оглушенности с повышением порога восприятия. На вопросы больные отвечают после неоднократного повторения.

Ответы на задаваемые вопросы обычно бывают отрицательными («не знаю, не помню»). Наблюдаются также ответы в виде персевераций. В большинстве случаев больные дают неправильные ответы, которые, однако, всегда лежат в плоскости поставленного вопроса и затрагивают круг правильных представлений. Нарушается также чтение и письмо (затруднение самопроизвольного письма, неуверенность почерка, пропуски букв, грубые грамматические ошибки). Отмечаются явления «мимодействия», которые, однако, при этом варианте псевдодеменции выражены очень слабо.

При углублении психомоторной заторможенности синдром депрессивной псевдодеменции может перейти в депрессивный

ступор. При обратном развитии постепенно проходит психомоторная заторможенность. Иногда наблюдается выход через стадию депрессии и последующей постреактивной астении.

Ажитированный вариант псевдодеменции возникает более остро и проявляется на фоне психомоторной расторможенности. Больные беспокойны, суетливы, очень легко отвлекаемы. Наблюдаются несоответствующие ситуации беспечность и дурашливость. Сознание истерически сужено на травмирующих переживаниях, иногда же, наоборот, имеет место вытеснение непереносимой ситуации, что находит отражение в высказываниях больных. Темп речи ускорен, на вопросы больные отвечают без задержек. «Миморечь» больных имеет нелепый и случайный характер. Ответы прямо противоположны правильным. Особенно выраженную форму приобретает симптом «мимодействия». Больные надевают туфли на руки, в рукава халата стараются просунуть ноги и др.

Часто проявления псевдодеменции сочетаются с отдельными пуэрильными чертами (псевдодементно-пуэрильный синдром). При углублении реактивного психоза наблюдается переход к пуэрилизму. Иногда в процессе поступательного развития реактивного состояния формируется синдром «одичания». При обратном развитии восстановление правильной речи наступает не сразу, вначале названия предметов заменяются описанием их назначения, как это свойственно афазиям органического происхождения. Например, увидев ножницы, больной повторяет: «резать», причем совершает соответствующие движения руками. В период выхода при ажитированном варианте псевдодеменции иногда отмечаются состояния психомоторного возбуждения, появляются кратковременные нестойкие бредоподобные фантазии. Иногда после выхода отмечается невротическая стадия гиперстении.

При своевременном терапевтическом вмешательстве, а иногда и помимо него, псевдодеменция через 2—3 нед подвергается обратному развитию, наступает восстановление всех психических функций.

Анализ структуры «миморечи» помогает распознать псевдодеменцию и исключить шизофрению: неправильный ответ псевдодементного родствен правильному — он или прямо противоположен правильному, или сходен с ним по смежности, или является ответом на предыдущий вопрос. В содержании ответа всегда можно уловить связь с травмирующей ситуацией. Все ответы псевдодементных сходны. Больные отвечают в одном плане, тогда как ответы шизофреника всегда неожиданны, многообразны и в своем построении не подчинены каким-либо определенным зако-

номерностям. То же можно сказать и о симптоме «мимодействия».

От органической афазии явления «амнестической псевдоафазии» отличаются тем, что появляются только как этап при обратном развитии псевдодеменции, после типичных ответов по типу «миморечи». Наряду с этим отсутствуют неврологические органические знаки, что помогает дифференциальному диагнозу с органической деменцией. Кроме того, органическое слабоумие всегда проявляется в соответствии с градациями усложнения заданий. Таких закономерностей нет при псевдодеменции.

Отсутствие целостной картины псевдодеменции, изолированность симптомов, отсутствие характерной клинической динамики поступательного и обратного развития, свойственного реактивному психозу, позволяют отличить симуляцию от псевдодеменции.

Синдром пуэрилизма. Синдром пуэрилизма проявляется в детскости поведения (лат. puer — мальчик), возникающей на фоне истерически суженного сознания.

В отечественной судебно-психиатрической литературе синдрому пуэрилизма посвящены работы А. Н. Бунеева (1944), И. Н. Введенского (1946), З. Г. Туровой (1954, 1959), Н. И. Фелинской (1961, 1965) и др.

В судебно-психиатрической практике чаще встречаются отдельные черты пуэрилизма, чем целостный пуэрильный синдром (И. Н. Введенский, 1946; З. Г. Турова, 1954, 1959). Наиболее частыми и стойкими симптомами пуэрилизма являются детская речь, детская моторика и детские эмоциональные реакции. Однако в детских формах поведения пуэрильных больных можно отметить участие всего жизненного опыта, сохранность отдельных привычек и приобретенных навыков, что создает впечатление некоторой неравномерности распада функций (например, детская шепелявая речь и автоматизированная моторика во время еды, курения, которая отражает опыт взрослого человека). Поведение больных с пуэрильным синдромом значительно отличается от истинного детского поведения.

Не соответствуют внешней детской оживленности аффективная напряженность, тревога и более или менее выраженный депрессивный фон настроения, наблюдаемый у всех больных. Особенно резко контрастируют проявления детскости в речи и мимике с преобладающим депрессивным эмоциональным фоном в тех случаях, где пуэрилизм появляется после психогенной депрессии. Иногда пуэрилизм возникает после псевдодеменции как стадия дальнейшего развития и углубления реактивного психоза и может в свою очередь перейти в синдром «одичания». В других случаях реактивного психоза сразу же формируется

синдром пуэрилизма, который сохраняет свою целостную картину на протяжении всего заболевания.

В соответствии с этим и обратное развитие в одних случаях проходит этапы более легких форм реактивного психоза (псевдодеменция), в других — минуя эти этапы, постепенно исчезают формы пуэрильного поведения и восстанавливается нормальная психическая деятельность.

Дифференциальный диагноз следует проводить с геберфренией, старческим слабоумием и с психофизическим инфантилизмом. Дифференциально-диагностическим признаком психогенного пуэрилизма являются зависимость его возникновения от травмирующей ситуации, а также изменение данного синдрома в результате внешних влияний.

Синдром регресса психики, «одичания» относится к числу наиболее редко встречающихся форм реактивных психозов. Основными специфическими его особенностями являются распад психических функций на фоне истерически измененного сознания и поведение, воспроизводящее поведение дикого животного. Иногда наряду с распадом психических функций отмечается и продуктивная симптоматика в виде явлений истерического перевоплощения.

В отечественной судебно-психиатрической литературе о синдроме «одичания» писали А. Н. Бунеев (1945), А. И. Молочек (1947), Н. И. Фелинская (1955, 1961, 1965), Ю. К. Чибисов (1961, 1966). Синдром «одичания» развивается либо остро при очень тяжелом травмирующем переживании, либо постепенно, являясь одним из последних звеньев в развитии реактивного психоза.

Расстройство сознания имеет характер либо истерически суженного, либо «двойного сознания», иногда сумеречного расстройства сознания. Изменение сознания появляется на фоне аффекта страха. Большей частью больные находятся в состоянии длительного психомоторного возбуждения, в структуре которого и проявляются элементы одичания. Они ползают, рычат, едят, не пользуясь ложкой, прямо из миски, разрывают пищу руками. Иногда с распадом психических функций наблюдаются явления перевоплощения.

Явления «перевоплощения» наблюдаются тогда, когда сохранена способность к истерическому фантазированию. При прогрессирующем ухудшении состояния остаются лишь явления глубокого распада приобретенных психических навыков. Регресс психики проявляется в распаде сложных и выявлении простейших форм реакций (ориентировочные, оборонительные). В процессе обратного развития реактивного психоза прежде всего восстанав-

ливаются и усложняются наиболее простые реакции. Они возникают непосредственно на безусловные раздражители, в дальнейшем — на условные. Аффективные реакции, вначале мало дифференцированные, усложняются и становятся более адекватными.

Однако наряду с закономерностями поступательного и обратного развития реактивного состояния мы встречаем известную диссоциацию в функциях распада и восстановления. Так, при еще имеющихся симптомах одичания появляются довольно сложные высказывания больных, которые относятся к комплексу травмирующих переживаний. Дольше всего сохраняются те нарушения функций, которые были непосредственно связаны с начальными симптомами реактивного психоза. Например, отказ от пищи как форма протеста, проявляющаяся в начале возникновения реактивного психоза, сохраняется как нарушение пищевой реакции на всем протяжении реактивного состояния, и эта реакция восстанавливается последней.

При дифференциальном диагнозе с шизофренией и симуляцией следует прежде всего иметь в виду закономерную динамику, характерную для реактивных психозов. При симуляции отмечаются более сложные формы изображения поведения животных без закономерного для реактивного психоза распада приобретенных функций.

Психогенный ступор характеризуется полной обездвиженностью и мутизмом. Если психомоторная заторможенность не достигает степени ступора, говорят о преступорозном состоянии.

В отечественной литературе психогенным ступорам наряду с другими формами реактивных состояний посвящены работы И. Н. Введенского (1932, 1937, 1938), А. Н. Бунеева (1938, 1943), Н. И. Фелинской (1963, 1965). К специальным исследованиям клиники ступорозных состояний относятся работы Д. Р. Лунца (1937, 1938), Л. А. Пастушенко (1941) и оригинальные исследования Г. В. Морозова (1961, 1964, 1968).

Психогенный ступор может проявляться как самостоятельная форма, однотипная на всем протяжении заболевания, и как последняя стадия в постепенном углублении реактивного психоза. Клиническая картина реактивного ступора неоднородна. Можно выделить 4 его варианта: истерический, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный, вялоастенический.

В судебно-психиатрической клинике среди подострых реактивных психозов чаще встречается истерический ступор. Иногда он возникает быстро, как самостоятельная форма реакции, непосредственно после травмирующего переживания (арест). Значительно чаще ступор развивается постепенно, являясь последним

этапом при смене различных истерических синдромов. Основной чертой, определяющей клиническую картину истерического ступора, является эмоциональное напряжение, окрашивающее все психопатологические проявления этого синдрома. Несмотря на неподвижность и мутизм, мимика и пантомимика таких больных выразительны, отражают напряженный аффект. Все мышцы обычно напряжены, больные лежат в эмбриональной позе, которую трудно изменить. Выражение лица угрюмое, злобное, иногда мимика отражает застывшее страдание и отчаяние.

Больные не обнаруживают внешней реакции на обращение к ним, однако при этом у них учащается пульс, появляются красные пятна на лице и шее, слегка вздрагивают плотно сомкнутые веки и крылья носа. Спонтанно они не произносят ни одного слова, при попытке обследовать их или изменить позу оказывают резкое сопротивление, сопровождающееся выраженной вегетативной реакцией. На фоне такой психомоторной заторможенности выявляется ряд истерических симптомов.

Сознание у больных этой группы изменено и по своей структуре приближается к аффективно суженному, однако всегда остается «окно в реальность». У больных сохраняются восприятие и способность переработки внешних впечатлений, а также определенная ориентировка в окружающем. Вопросы, касающиеся тяжелой травмирующей ситуации, всегда вызывают выраженную реакцию, проявляющуюся, как правило, рядом вегетативных симптомов. Несмотря на длительный отказ от пищи, физическое состояние этих больных обычно остается относительно хорошим. При очень длительном течении ступора может развиться физическое истощение. При барбамил-кофеиновом растормаживании нередко обнаруживаются псевдодементно-пуэрильные черты. Выход из ступорозного состояния может наступить сразу или постепенно. При этом выявляются бредоподобные построения, формирующиеся в дальнейшем в синдром бредоподобных фантазий. Часто в период выхода выявляются истерические физические симптомы: тремор, истерические параличи; иногда наблюдаются невротические явления в форме постреактивной гиперстении.

Депрессивный ступор развивается как следствие углубления психомоторной заторможенности, которая сопровождает психогенную депрессию. При попытке заставить больных выполнить то или иное действие они не оказывают активного сопротивления. Когда их кормят с рук, они едят, правда, очень медленно и мало. Нередко больные бывают неопрятны, однако не отказываются пользоваться судном, если им его предлагают. Они пассивно подчиняемы.

Больные не ориентируются в отделении, не усваивают распорядок дня, не дифференцируют медицинский персонал. Все их поведение и реакции во время беседы позволяют говорить о нарушении сознания типа оглушенности.

Выход из депрессивного ступорозного состояния чаще бывает через повторную стадию психогенной депрессии с последующей частичной амнезией. Некоторое время остаются явления постреактивной астении.

Галлюцинаторно-параноидный ступор формируется также постепенно. Эта форма психогенного ступора возникает после галлюцинаторно-параноидного синдрома. Для него характерны отдельные проявления психического автоматизма, психогенные галлюцинации, идеи преследования на фоне растерянности и страха. Первое время больные рассказывают о содержании бреда. Постепенно нарастают симптомы психомоторной заторможенности. На лице остается застывшее выражение растерянности, страха. Появляется мутизм и полная обездвиженность. Больные неподвижно лежат, вытянувшись на спине, отказываются от еды, становятся неопрятными. По выходе из ступорозного состояния они сохраняют воспоминание о перенесенном бреде и галлюцинациях.

Астенический ступор возникает после астено-депрессивного состояния. В отличие от предыдущих форм ступора при астеническом ступоре нет эмоциональной насыщенности, выразительности в мимике и во всем облике больного. При выходе из ступорозного состояния происходит постепенное и последовательное восстановление нарушенных психических функций на фоне выраженной постреактивной астении.

Наибольшие трудности вызывает дифференциальный диагноз между психогенным и кататоническим ступором. Важным дифференциально-диагностическим критерием является аффективное напряжение, определяющее эмоциональную насыщенность всех психопатологических проявлений при психогенном ступоре, в отличие от безучастности, вялости и апатии больных шизофренией.

Затяжные реактивные психозы. Понятие затяжного реактивного психоза определяется не только длительностью течения (6 мес, год или больше), но также и клиническими особенностями отдельных форм и характерными закономерностями динамики. Если подострые реактивные психозы можно разделить по ведущему синдрому на отдельные формы, то в тех случаях, когда реактивный психоз становится затяжным, чаще отмечается смена различных синдромов и их трансформация. Поэтому клинически более оправдано разграничение затяжных реактивных психозов по типу течения.

В судебно-психиатрической клинике чаще всего встречаются следующие типы течения затяжных реактивных психозов: однотипный непрогредиентный; трансформирующийся прогредиентный, но полностью обратимый; вяло-прогредиентный (Н. И. Фелинская, 1961).

Однотипный непрогредиентный тип течения затяжных реактивных психозов характеризуется сравнительно медленным темпом развития с формированием определенного строго очерченного психопатологического синдрома, остающегося однотипным на протяжении всего заболевания. Чаще всего это истерическая депрессия, псевдодеменция, псевдодементно-пуэрильный синдром или бредоподобные фантазии. Ведущий синдром остается зафиксировавшимся в стадии обратного развития, причем дольше сохраняются те симптомы, с которых началось реактивное состояние.

Этот тип течения затяжных реактивных психозов прогностически наиболее благоприятный. Обычно у больных не наступает вегетативно-обменных нарушений и физического истощения. В течение заболевания сохраняется непосредственная зависимость от особенностей психотравмирующей ситуации. По выздоровлении не отмечается каких-либо выраженных и стойких постреактивных изменений психики.

Трансформирующийся тип течения затяжных реактивных психозов характеризуется сменой и видоизменением синдромов с тенденцией к прогредиентности и углублению реактивного состояния, что проявляется в постепенно нарастающей психомоторной заторможенности. Так, например, истерическая депрессия начального периода сменяется синдромами псевдодеменции, псевдодементно-пуэрильным, истерическим ступором.

В затяжном периоде происходит распад предшествовавших целостных синдромов, причем в каждом последующем синдроме сохраняются ведущие компоненты предыдущего в форме характерных стереотипов. Они оказываются основной канвой для построения последующей клинической картины. Конечным звеном поэтапного развития и углубления болезненного состояния является синдром преступорозной психомоторной заторможенности.

В отличие от предыдущего типа течения нарастающая психомоторная заторможенность бывает более глубокой, иногда возникает ступор с отказом от еды и некоторыми соматическими изменениями при отсутствии, однако, глубоких вегетативно-обменных нарушений. Психическая травма остается ведущим этиологическим фактором на протяжении всего реактивного психоза, динамика которого обнаруживает непосредственную зависимость от особенностей травмирующей ситуации.

В периоде выхода происходит смена синдромов в обратном порядке, причем отдельные компоненты синдромов остаются надолго зафиксировавшимися. Прекращение воздействия основного причинного фактора способствует обратному развитию заболевания. По выходе из реактивного состояния длительное время отмечается постреактивная астения, которая обычно бывает обратимой. Однако в некоторых случаях в отдаленном периоде наступает перестройка первоначальной структуры личности, в основе которой лежит стойкая астения, определяющая не свойственные этим больным до перенесенного реактивного психоза формы реагирования на внешние вредности по типу усиления астенических особенностей со склонностью к преходящим идеям отношения и ипохондрической фиксации. Отмеченные изменения личности иногда оказываются основой последующего патологического (паранойяльное) ее развития.

Вяло-прогредиентный тип течения затяжных реактивных психозов часто возникает при сосудистых или травматических поражениях головного мозга, при астении после перенесенных инфекций и соматических заболеваний в прошлом. Однако в ряде случаев не удается установить преморбидной патологической почвы.

Общей отличительной особенностью этой группы является возникающее на ранних этапах состояние психомоторной заторможенности. Последующая клиническая картина характеризуется вялостью, монотонностью, однообразием течения без каких-либо выраженных колебаний и смены синдромов с неуклонным прогредиентным углублением психомоторной заторможенности (вялый ступор). Одновременно с нарастающей психомоторной заторможенностью наступает прогрессирующее физическое истощение с трофическими нарушениями и выраженными вегетативно-обменными изменениями, свидетельствующими о подавлении адаптационно-трофических функций организма. Эти соматические изменения составляют специфическую для данной группы симптоматику, являясь новым патогенетическим звеном в общем патогенезе затяжных реактивных психозов. С вовлечением в болезненный процесс дополнительных патогенетических звеньев, видоизменяющих роль первоначального причинного фактора, психогения утрачивает свое ведущее значение, а клиническая картина — специфически психогенный характер. Психопатологическая симптоматика острого периода сохраняется лишь в виде отдельных, утративших свою первоначальную выразительность, рудиментарных проявлений.

Течение этих затяжных реактивных психозов не обнаруживает непосредственной зависимости от вызвавшей заболевание при-

чины. Даже прекращение уголовного дела иногда не приводит к выздоровлению. Динамика реактивного психоза находится в непосредственной связи с физическими изменениями, наступившими в процессе его течения. В этом заключается отличие данного типа течения от всех других. Обратное развитие происходит при постепенном, длительном, равномерном восстановлении отдельных психических функций. Однако восстановление оказывается неполным. Выявляющиеся в период выхода вялость, торпидность, аспонтанность стабилизируются, определяя последующие изменения личности по органическому типу.

Следует отметить, что описанные классические формы и типы реактивных состояний в последнее время подвержены некоторому изменению. Такой патоморфоз реактивных состояний связан с массивным лечением, смягчением законодательных норм и другими причинами. Последнее время отмечается учащение «стертых форм»; чаще реактивные состояния возникают на невротическом уровне. При выходе из реактивного психоза, кроме невротической стадии «постреактивной астении», мы наблюдали также «постреактивную гиперстению», которая является более легкой стадией астенического синдрома.

Прогностически неблагоприятный вяло-прогредиентный тип течения реактивного психоза в последнее время встречается в единичных случаях. Чаще мы наблюдаем теперь однотипное течение, которое является наиболее легким типом динамики затяжного реактивного психоза.

Лечение

Невротический уровень клинических проявлений определяет широкое применение транквилизаторов. Психофармакотерапия, основанная на анализе особенностей ведущего синдрома, должна сочетаться с различными видами психотерапии, при выборе которых первостепенное значение имеют особенности личности, ее система отношений и ценностей, а также социальных установок.

Основные направления терапии реактивных психозов во многом определяются дифференцированной терапией различных вариантов депрессий. При психогенной депрессии, протекающей на фоне психомоторной заторможенности, наиболее эффективно сочетание антидепрессантов с транквилизирующим эффектом (триптизол) с небольшими дозами нейролептиков (трифтазин, мажептил).

В ряде случаев целесообразно дополнить это сочетание присоединением транквилизаторов (седуксен, элениум, тацетин). Если депрессия имеет ажитированный характер, необходимо при-

менение больших нейролептиков, иногда в комбинированном сочетании (тизерцин с трифтазином) с транквилизаторами с седативным эффектом и антидепрессантами.

При депрессивно-параноидном синдроме применяют антидепрессанты с седативным эффектом действия (амитриптилин) в сочетании с нейролептиками большими (тизерцин) и малыми (сонапакс). При астено-депрессивном синдроме наиболее эффективно применение антидепрессантов с психоэнергизирующим эффектом действия (типа мелипрамина).

В тех случаях, где реактивный психоз дебютировал синдромом Кандинского — Клерамбо, сменяющимся в дальнейшем депрессивно-параноидным, а затем астено-депрессивным синдромом, на начальном этапе наиболее эффективно применение больших нейролептиков (аминазин, трифтазин, галоперидол, а также этаперазин), назначаемых в виде курса лечения с последующим применением антидепрессантов транквилизирующего действия. Учитывая особенности течения этих состояний, необходима длительная комплексная поддерживающая терапия.

При различных формах истерических реактивных психозов, характеризующихся трансформацией синдромов истерической структуры, выбор препаратов в основном определяется характером депрессии, являющейся в этих случаях стержневым синдромом, а также типом течения реактивного психоза. При псевдодеменции, псевдодементно-пуэрильном синдроме, а также бредоподобных фантазиях, протекающих на фоне истерической депрессии с тенденцией к заторможенности, в группе подострых реактивных психозов показано сочетание антидепрессантов транквилизирующего действия с малыми нейролептиками типа сонапакса, а также транквилизаторами-активаторами, оказывающими наряду с седативным действием активирующий и стимулирующий эффект (седуксен, тацитин, триоксазин). При этих же синдромах, протекающих на фоне ажитированной истерической депрессии с периодами возбуждения, более эффективным оказывается сочетание больших нейролептиков (аминазин, хлорпротиксен) с антидепрессантами (амитриптилин), а также препаратами, транквилизирующее действие которых сочетается с седативным эффектом (элениум, эуноктин, терален).

При затяжных реактивных психозах с однотипным непрогрессирующим течением применение психотропных средств строится по тому же принципу. Особенно большое значение в этом периоде приобретает рациональная психотерапия.

При трансформирующемся типе течения тактика применения психотропных средств вначале та же, что и при подострых реактивных психозах. При нарастании психомоторной заторможенно-

сти, достигающей степени истерического преступора или ступора, наиболее эффективно применение больших нейролептиков, предпочтительно трифтазина.

Одновременно проводят курс амитал-кофеиновой терапии, дающий в сочетании с большими нейролептиками особенно хорошие результаты.

При депрессивном ступоре терапевтическая тактика сходна с лечением соответствующей клинической формы депрессии, сопровождающейся психомоторной заторможенностью. При галлюцинаторно-параноидном ступоре, являющемся последующим этапом в течении затяжных реактивных психозов с галлюцинаторно-параноидными синдромами, лечение определяется характером этих синдромов.

При вялом астеническом ступоре, являющемся заключительным звеном астенической депрессии, лечение последней составляет основную задачу. При вялом ступоре, формирующемся в процессе вяло-прогредиентного течения, ведущее значение имеют нарушения обменных процессов и физическое истощение. В связи с этим необходимо применение малых доз инсулина с одновременным введением глюкозы и витаминов. При выраженных нарушениях белково-азотистого обмена положительные результаты дает применение препаратов, обладающих специфическим анаболическим действием, направленным на нормализацию белкового метаболизма. На фоне такой терапии, направленной на соматическое патогенетическое звено, применяется комбинированное лечение малыми дозами трифтазина или френолона с антидепрессантами.

При всех указанных формах ступорозных состояний комбинированное лечение нейролептиками, антидепрессантами и транквилизаторами следует проводить в сочетании с курсовым применением амитал-кофеинового растормаживания. Психофармакология реактивных психозов должна сочетаться с психотерапией, значение которой возрастает в период выхода больных из болезненного состояния.

При всех формах реактивных психозов показана общеукрепляющая терапия.

Вопросы судебно-психиатрической экспертизы реактивных состояний

Общественно опасные действия в состоянии реактивного психоза встречаются редко; обычно реактивное состояние развивается после правонарушения. Если те или иные противоправные

действия совершены в состоянии реактивного психоза, больной невменяем в отношении этих деяний.

Если реактивные состояния возникают после совершения правонарушения, судебно-психиатрическая экспертиза должна решить вопрос о психическом состоянии, развившемся после совершения правонарушения, и о возможности обследуемого предстать перед судом и нести ответственность за совершенное правонарушение. Эти вопросы, регламентированные ч. 2 ст. 11 Основ уголовного законодательства, составляют одну из специфических особенностей судебно-психиатрической экспертизы реактивных состояний. При острых и подострых реактивных психозах, которые носят кратковременный, полностью обратимый характер, выздоровление обычно наступает в условиях экспертного стационара. Решение вопроса о возможности продолжения следствия, участия обследуемого в судебном процессе или пребывания в исправительно-трудовых учреждениях не вызывает затруднений. Трудности возникают при решении этих вопросов при затяжных реактивных психозах. Основной задачей экспертизы в этих случаях является определение глубины, тяжести и прогноза болезненного состояния. Затяжные реактивные психозы, клиническая картина которых характеризуется однотипным или трансформирующимся течением с преобладанием истерических синдромов (истерическая депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм и т. п.), несмотря на длительность, прогностически наиболее благоприятны. Эти состояния не вызывают дифференциально-диагностических затруднений.

В подобных случаях обычно может решаться вопрос о вменяемости, но ввиду длительности течения реактивного психоза больных следует направлять на принудительное лечение до выздоровления, после чего они могут предстать перед судом и нести ответственность.

При решении вопросов прогноза и выбора практических мероприятий в отношении больных с частыми рецидивами в группе с преобладанием истерических синдромов следует подчеркнуть, что чаще психопатологическая картина повторных эпизодов строится по типу отработанных клише и не отражает усложнения первоначальной психопатологической симптоматики. При судебно-психиатрической оценке каждого повторного эпизода, однотипного по своей клинической картине с первоначальным, следует исходить из тех положений, что и при экспертизе первоначального затяжного реактивного состояния.

При трансформирующихся затяжных реактивных психозах, в клинической картине которых ведущее место занимают депрессивные, депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноид-

ные синдромы, экспертные трудности связаны со сложностью их дифференциальной диагностики с шизофренией. Кроме того, реактивные психозы с депрессивными и параноидными синдромами могут оказаться неблагоприятными как по течению, так и по особенностям исхода. Возможность диагностических расхождений, а также формирования различных по глубине последующих постреактивных изменений личности делает наиболее целесообразным в этих случаях помещение больных в соответствии с ч. 2 ст. 11 УК РСФСР в психиатрические больницы на принудительное лечение с последующим возвращением в экспертное учреждение для решения поставленных перед экспертизой вопросов. Обычно эти меры достаточно эффективны. После соответствующей активной терапии в тех случаях, где выявляется психогенная природа заболевания, больные могут предстать перед судом и нести ответственность (обвиняемые) или же продолжать отбывать наказание (осужденные).

Прекращение принудительного лечения больных с депрессивными и параноидными реакциями можно рекомендовать только после полного выхода из реактивного состояния с исчезновением постреактивной астении и восстановлением критики к болезненным расстройствам.

О наличии такого выхода с достоверностью можно судить лишь после отмены активной терапии (даже поддерживающих доз).

Судебно-психиатрическая оценка наиболее редкой и малочисленной группы затяжных реактивных психозов, характеризующейся вяло-прогредиентным течением, наиболее трудна. Нарастающее физическое истощение и стойкие вегетативно-обменные сдвиги, не обнаруживающие тенденции к сглаживанию, наличие психопатических преморбидных особенностей личности и соматических заболеваний в анамнезе, следует рассматривать как прогностически наиболее неблагоприятное сочетание, при котором увеличивается вероятность неблагоприятного исхода. Неблагоприятным признаком следует также считать формирование повторных эпизодов реактивных состояний не по типу клише, а с тенденцией к усложнению и нарастанию психогенной симптоматики.

Характерное для этой группы длительное прогредиентное течение заболевания с формированием изменений психики по органическому типу лишает больных способностей, необходимых при выполнении процессуальных требований, предъявляемых к лицу, несущему ответственность за преступление, совершенное во вменяемом состоянии. Этот вариант течения затяжных реактивных психозов следует рассматривать как хроническое душевное забо-

левание, возникшее после совершения преступления. Обычно окончательному решению вопроса и невозможности предстать перед судом и нести ответственность предшествует принудительное лечение больных. При экспертизе осужденных в подобных случаях правомерна постановка вопроса о применении ст. 362 УПК.

При экспертизе реактивных состояний у подследственных необходимо ответить на вопрос о времени возникновения заболевания, поскольку от этого зависит оценка психического состояния обследуемого в период следствия, при выполнении тех или иных следственных действий. Больные с реактивной депрессией склонны к самообвинению и самооговору. При реактивных параноидах поведение больных и их показания в период следствия могут быть обусловлены бредовыми идеями отношения, преследования и болезненной интерпретацией. Решить эти специфические судебно-психиатрические вопросы можно только после установления типа течения реактивного состояния и главное — этапа, на котором давались те или иные показания, а также выполнялись другие следственные действия. При подострых реактивных психозах, развивающихся в быстром темпе и характеризующихся в остром периоде нарушениями сознания и изменением поведения, время возникновения психотического состояния выявляется достаточно отчетливо. Установить момент, до которого к показаниям испытуемого следует относиться как к показаниям здорового человека, не представляет значительных трудностей. При подострых и затяжных реактивных психозах время возникновения психотического состояния установить труднее. Необходимо иметь в виду, что психозу нередко предшествует невротический этап заболевания, не исключающий возможность допроса. Анализ клинической картины психического состояния в период пребывания больного на экспертизе дает основание судить о предшествующих этапах реактивного психоза и его динамике в целом. Эти данные в сопоставлении с материалами дела, отражающими поведение обследуемого в период следствия, позволяют ответить на поставленные перед экспертизой вопросы.

Изредка перед судебно-психиатрической экспертизой ставят вопрос о дееспособности лиц, заболевших реактивным психозом.

Следует подчеркнуть, что в этих случаях реактивное состояние чаще возникает после совершения гражданского акта (вступление в брак, составление завещания и т. п.) и не исключает дееспособности. Если больной в состоянии реактивного психоза совершает гражданский акт, последний не имеет юридической силы.

Литература

Боброва И. Н. Некоторые клинические особенности динамики реактивной депрессии.— В кн.: Вопросы судебной психиатрии. Сб. научных работ, выполненых в 1967 г. М., 1969, с. 11—12.

Бунеев А. Н. Реактивные состояния. Судебная психиатрия. М., 1950, с. 311—345.

Введенский И. Н. К учению о ганзеровском синдроме.—«Совр. психиатр.», 1907, май, III, с. 111—119.

Введенский И. Н. Судебно-психиатрическая оценка реактивных состояний. Проблемы судебной психиатрии. М., 1938, с. 5—44.

Введенский И. Н. Психогенный пуэрилизм. Проблемы судебной психиатрии. Вып. V. М., 1946, с. 126—158.

Гулямов М. Г. Некоторые новые данные в учении о псевдодеменции.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. 8. М., 1959, с. 144—166.

Иммерман К. Л. Психогенный вариант синдрома психического автоматизма Кандинского.—«Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова», 1961, т. 61, в. 10, с. 1538—1544.

Лунц Д. Р. Психогенный ступор. Проблемы судебной психиатрии. М., 1938, с. 258—269.

Морозов Г. В. Ступорозные состояния. М., «Медицина», 1968, 239 с.

Свириновский Я. Е. К вопросу о синдроме бредоподобных фантазий.— В кн.: Проблемы шизофрении, неврозов, реактивных состояний и организации психиатрической помощи. М., 1961, с. 300—306.

Турова З. Г. Психогенный пуэрилизм в судебно-психиатрической клинике.— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. В. 8. М., 1959, с. 124—143.

Фелинская Н. И. О структуре и динамике реактивного состояния. Труды 4-го съезда невропатологов и психиатров. Т. 5. М., 1965, с. 24—32.

Фелинская Н. И., Морозов Г. В. О соотношении между характером травмирующей ситуации и формой возникающего реактивного состояния.— В сб.: Актуальные вопросы клинической и судебной психиатрии. Л., 1970, с. 81—84.

Фелинская Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М., «Медицина», 1968, с. 291.

Чибисов Ю. К. О синдроме функционального распада личности в клинике реактивных состояний. Проблемы шизофрении, неврозов, реактивных состояний и организации психиатрической помощи. М., 1961, с. 292—299.

Birnbaum K. Psychosen mit Wahnbildungen und Wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Halle, 1908, 227 S.

Dupre E. Le Puérilisme Mental.—"Rev. Neurol.", 1903, v. 16, p. 861—863.

Ganser S. Über einen eigenartigen hysterischen Dammerzustand.—«Arch. Psychiat.», 1898, Bd 30, S. 633—640.

Kirn L. Die Psychosen in der Strafanstalt.—"All. Zeitschr. Psychiat.", 1889, Bd 45, S. 1—97.

Moeli C. Über irre Verbrecher. Berlin, 1888, 180 S.

Reiss E. Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressiver Irresein. Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang von Auflage und Psychose.—"Ztschr. ges. Neurol. und Psychiat.", 1910, Bd 2, 347 S.

Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie. 2 Auflage. Leipzig, 1906, 548 S.

Wilmanns K. Über die Gefängnispsychosen. Halle, 1908, 65 S.

Глава 28

Судебно-психиатрическая экспертиза так называемых исключительных состояний и некоторых других кратковременных расстройств психической деятельности

Исключительные состояния — группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но во многом сходных по общим клиническим признакам. Эти расстройства характеризуются связанным с внешней ситуацией внезапным началом, непродолжительностью, расстроенным сознанием с полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями и, как правило, представляют собой единственный эпизод в течение всей жизни индивидуума.

К исключительным состояниям относятся прежде всего наиболее часто встречающаяся форма — патологическое опьянение[1], а также патологический аффект, сумеречные состояния сознания, не являющиеся симптомом какого-либо хронического психического заболевания, реакция «короткого замыкания».

Целесообразность и клиническая оправданность выделения исключительных состояний в самостоятельную группу подтверждается практикой судебно-психиатрической экспертизы. Перед экспертами часто ставят вопрос о психическом состоянии субъекта в момент совершения общественно опасных действий. Поэтому обоснование самого понятия исключительного состояния и разработка диагностических критериев проводилась применительно к определенным правовым нормам — к вопросам вменяемости — невменяемости.

В. П. Сербский (1894) отмечал, что такие кратковременные психотические состояния наряду с эпилептическими эквивалентами и некоторыми другими видами расстройств сознания соответствуют понятию «бессознательного состояния», являвшемуся в русском дореволюционном законодательстве одним из критериев невменяемости.

С. С. Корсаков (1901) описывал отдельные формы, относящиеся к исключительным состояниям в современном их понимании,

[1] Отграничение патологического опьянения от простого алкогольного опьянения, имеющее большое практическое значение, рассматривается в главе 24 «Алкоголизм и наркомании».

в главе «Самостоятельные быстротечные психотические состояния». В эту группу включены быстротечные умопомешательство, патологический аффект и патологические проявления сна. С. С. Корсаков подчеркивал общие клинические признаки, свойственные этим состояниям: внезапное начало, кратковременное течение «всегда в виде отдельного взрыва», возникновение подобных состояний у людей, до того не проявлявших признаков психической болезни, и отсутствие в большинстве случаев тенденции к повторению.

В учебниках общей психиатрии исключительные состояния не выделяются в самостоятельную группу как не имеющие нозологического единства. Патологический аффект, сумеречные расстройства сознания и просоночные состояния рассматриваются в разделах общей психопатологии, посвященных патологии эмоциональной сферы и расстройствам сознания, патологическое опьянение — в главе об алкоголизме; реакция «короткого замыкания» — в главе, посвященной реактивным состояниям. В соответствии с этим не описаны общие клинико-патогенетические признаки, объединяющие эти формы.

Наиболее углубленно исключительные состояния, составляющие одну из специфических особенностей судебно-психиатрической клиники, изучали судебные психиатры. Описанию отдельных форм исключительных состояний посвящены работы С. И. Арсеньева — патологический аффект (1946), И. Н. Введенского (1947), М. И. Затуловского (1955), Т. П. Печерниковой — просоночные состояния (1962), А. К. Качаева — патологическое опьянение (1963), О. Е. Фрейерова (1967), Я. М. Калашника (1967).

Эти исследования способствовали разработке дифференцированных критериев отграничения указанных форм от иных кратковременных расстройств психической деятельности, а также от внешне сходных неболезненных состояний. Изучение отдельных форм позволило выявить общие и наиболее существенные признаки, присущие всей группе исключительных состояний. Творческое обобщение этих исследований и клинического опыта судебно-психиатрической экспертизы в области исключительных состояний нашло отражение в работах Э. Н. Разумовской (1937), И. Н. Введенского (1947), Д. Р. Лунца (1955), А. Н. Бунеева (1955). В этих исследованиях были разработаны частные клинико-психопатологические особенности, свойственные отдельным формам, а также общие закономерности, отражающие клинико-патогенетическую сущность этих состояний. Эти данные легли в основу современной концепции об исключительных состояниях, способствуя сужению их клинических границ, что нашло отражение в динамике экспертных заключений.

В 1926 г. в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского диагноз исключительного состояния (в том числе и патологическое опьянение) был установлен у 38% общего числа обследуемых, признанных невменяемыми, а в 1932 г.— лишь 6% (Э. Н. Разумовская, 1935). В последующем отмечалась тенденция неуклонного снижения диагностики случаев исключительных состояний. В настоящее время в практике судебно-психиатрической экспертизы исключительные состояния диагностируются лишь у отдельных лиц, составляя 1—2% по отношению к общему числу признанных невменяемыми.

По данным Д. Р. Лунца (1961), за период с 1953 по 1959 г. патологическое просоночное состояние было диагностировано в 8 наблюдениях, патологический аффект — в 2, сумеречные состояния, не являющиеся выражением какого-либо заболевания,— в 4 наблюдениях. В процессе изучения исключительных состояний во многом изменились точки зрения на их клиническое содержание, что повлекло за собой сужение их границ. Последнее касается прежде всего таких форм, как патологический аффект и реакция «короткого замыкания».

Основным, кардинальным признаком всех исключительных состояний является их психотический характер. Как подчеркивает И. Н. Введенский (1947), исключительные состояния есть по существу хотя и очень кратковременные, но всегда психотические состояния. Ведущее место в их клинической картине занимает нарушение сознания. Преобладают различные варианты сумеречного расстройства сознания с дезориентировкой, полным отрывом от действительности и болезненно искаженным восприятием окружающего. Характерно сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с сохранностью сложных взаимосвязанных автоматизированных действий. Поведение при сумеречном состоянии сознания обусловлено образным бредом, галлюцинациями, напряженным аффектом страха, злобы, тоски и ярости, что и определяет общественно опасные действия подобных больных.

Последующая амнезия распространяется не только на реальные события, но нередко касается и субъективных переживаний. С. С. Корсаков (1901) подчеркивал, что по глубине помрачения сознания, внезапности возникновения и остроте течения патологическое опьянение и патологический аффект обнаруживают сходство с приступом эпилептического психоза.

Структура нарушения сознания не при всех видах исключительных состояний одинакова. При некоторых формах патологического опьянения и при патологическом аффекте отмечается глубокое помрачение сознания с двигательным возбуждением, тенденцией к немотивированным нелепым разрушительным дей-

ствиям и агрессии с последующей тотальной амнезией. При других формах патологического опьянения, а также при просоночных состояниях и реакции «короткого замыкания» изменение сознания менее глубоко. В этих случаях при наличии патологической переработки и болезненно искаженного восприятия ситуации в целом сохраняется восприятие отдельных элементов окружающего, в том числе и отдельных словесных сигналов. Амнезия также бывает иной: при полном запамятовании реальных событий сохраняются отрывочные воспоминания содержания болезненных расстройств.

Исключительные состояния могут наблюдаться у практически здоровых лиц. Однако чаще в анамнезе лиц, перенесших исключительное состояние, выявляются нерезко выраженные резидуальные органические изменения, в том числе и травматической этиологии, а также перенесенные тяжелые инфекции и интоксикации. Весьма большое значение имеет временное изменение реагирующей почвы (временное, приобретенное предрасположение по В. П. Осипову) (1941). Особенно большая роль принадлежит общей астении, истощающему влиянию предшествующего напряжения и возбуждения, а также вынужденной бессонницы.

Таким образом, предуготовленность почвы создается сочетанием целого комплекса факторов, обусловливающих изменение функционального состояния нервной системы к моменту действия того раздражителя, который непосредственно вызывает острое психотическое состояние. В возникновении такого временного предрасположения принимает участие множество случайных ослабляющих факторов в необычных, трудно повторимых сочетаниях, чем, по-видимому, объясняется чрезвычайная редкость исключительных состояний и малая вероятность их повторного возникновения у одного и того же лица.

Патологический аффект представляет собой кратковременное психотическое состояние, внезапное возникновение которого связано с психотравмирующими поводами. Являясь одной из форм исключительных состояний, патологический аффект характеризуется всеми основными признаками, свойственными этой группе.

В поисках надежных критериев, позволяющих дифференцировать патологический аффект от физиологического, обсуждались вопросы о состоянии сознания при патологическом аффекте и особенностях почвы, на которой он возникает. В подобных случаях отмечается более или менее выраженное помрачение сознания. Krafft-Ebing, предложивший в 1867 г. термин «патологический аффект», указывал на глубокое расстройство сознания с необходимо вытекающей отсюда смутностью, отрывочностью или

полной утратой воспоминания о содеянном. В. П. Сербский (1894) и С. С. Корсаков (1901) дали подробное описание патологического аффекта, который авторы относили к состояниям умоисступления и беспамятства. Глубокие нарушения сознания при патологическом аффекте подчеркивали В. П. Осипов (1923) и Ю. В. Португалов (1925). В наиболее категорической форме эту точку зрения можно выразить следующими словами: без нарушения сознания нет патологического аффекта.

В Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Я. М. Калашник, 1941; И. Н. Введенский, 1947; Д. Р. Лунц, 1955, 1965) понятие патологического аффекта получило четкое клиническое определение, что способствовало резкому сужению его границ. Общая тенденция к сужению понятия исключительных состояний в наибольшей степени отразилась на диагностике патологического аффекта. В клинической картине патологического аффекта, несмотря на его сверхострый характер, схематически намечается 3 стадии или фазы: первая — подготовительная фаза, вторая — фаза взрыва и третья — исходная или заключительная (Ю. В. Португалов, 1925; И. Н. Введенский, 1947; Я. М. Калашник, 1971).

В подготовительной фазе в связи с внешними травмирующими моментами (тяжелая обида, неожиданное оскорбление и др.) при нарастающем эмоциональном напряжении изменяется восприятие окружающего. Нарушается способность наблюдать происходящее, оценивать обстановку и осознавать свое состояние. Содержание сознания ограничено узким кругом представлений, непосредственно связанных с травмирующим внешним поводом. Все остальное не воспринимается.

Начальная фаза без резких границ переходит в следующую — фазу взрыва. Напряженный аффект гнева, негодования или исступленной ярости мгновенно достигает кульминационной точки, сопровождается глубоким помрачением сознания с резким повышением порога восприятия и полной дезориентировкой. Аффективные разряды проявляются бурным двигательным возбуждением с автоматическими действиями, бессмысленной агрессией и разрушительными тенденциями. По описанию С. С. Корсакова (1901), «аффект выливается в ряд агрессивных действий, иногда носящих характер сложных произвольных актов, совершаемых с жестокостью автомата или машины».

Обычно в этой фазе наблюдаются ряд характерных физических проявлений и выраженные вегетативно-сосудистые реакции. Лицо резко краснеет или же становится необычайно бледным. Черты лица искажаются, чрезмерно выразительные движения отражают различные по своей направленности аффекты — гнев и

отчаяние, ярость и возмущение. Следующая за этим предельным напряжением заключительная фаза сопровождается внезапно наступающим истощением физических и психических сил и непреодолимым глубоким сном. В некоторых случаях при отсутствии сна возникает состояние прострации, что проявляется в общей слабости, вялости, полной безучастности и безразличии к окружающему и содеянному.

Четкие клинические критерии диагностики патологического аффекта имеют особенно большое значение в связи с необходимостью его отграничения от физиологического аффекта, поскольку различные преступления, особенно против личности, нередко совершаются в состоянии душевного волнения. Наибольшие затруднения вызывает отграничение от патологического аффекта аффективных реакций, свойственных лицам с остаточными явлениями органического поражения ЦНС, психопатическим личностям возбудимого и истерического круга. При отграничении этих состояний следует подчеркнуть, что патологический аффект, являясь психотическим состоянием, качественно отличается от внешне сходных аффективных реакций. Основным клиническим отличием является нарушение сознания, сопровождающееся отрывом от действительности, искаженным ее восприятием, ограничением психического содержания узким кругом представлений, непосредственно связанных с раздражителем, вызвавшим исключительное состояние. Психотическая природа патологического аффекта проявляется также в закономерной смене фаз, прослеживающейся несмотря на сверхострый характер этого состояния.

В отличие от этого непсихотические аффективные реакции при физиологическом аффекте развиваются не так остро, их динамика не отражает характерной закономерной смены фаз и не завершается состоянием глубокой прострации, присущим заключительной фазе патологического аффекта. В клинической картине этих реакций отсутствует основной клинический признак — помрачение сознания, который определяет «границу между физиологическим и патологическим аффектом» (В. П. Сербский, 1912).

Речевая продукция при физиологическом аффекте отражает преобладающий эмоциональный фон и соответствует поводу, вызвавшему аффективную реакцию. Высказывания часто являются ответом на внешние раздражители; сохраняя основную функцию речи — контакт с окружающими, они не отражают бредовых представлений или болезненно искаженного восприятия окружающего.

При неболезненных аффективных реакциях в поведении вменяемого человека, в его психической деятельности ведущими остаются социально-психологические детерминанты. Наличие

23 Заказ № 1565

сильного душевного волнения специально предусмотрено законом как смягчающее вину обстоятельство в том случае, если оно вызвано неправомерными действиями потерпевшего (§ 4 ст. 33 Основ уголовного законодательства). Однако анализ этих непсихотических состояний и их квалификация в соответствии с определенной редакцией статей Уголовного кодекса (например, сильное душевное волнение) не входят в компетенцию судебного психиатра.

Д. Р. Лунц (1955) подчеркивает, что эти состояния, будучи неболезненными по своей природе, не подлежат психиатрическому анализу, применяемому лишь к психопатологическим явлениям. Следовательно, эксперт-психиатр может говорить о таких состояниях и констатировать их лишь в плане отграничения от тех или иных психопатологических синдромов (в первую очередь от патологического аффекта), но он не должен оценивать степень (интенсивность) таких неболезненных изменений психики, как физиологический аффект, в том числе сильное душевное волнение.

Обследуемый С., 29 лет, обвиняется в нанесении тяжелых телесных повреждений своему отцу, от которых последний скончался. С. окончил 10 классов средней школы, затем учился на курсах плановиков и одновременно работал в должности инженера-экономиста. По характеру впечатлительный, чувствительный, деликатный; женат, взаимоотношения с женой хорошие, несмотря на сложную ситуацию в семье. Отец обследуемого злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения избивал жену. В последнее время С. заканчивал курсы, много работал, очень уставал из-за бессонных ночей, так как отец ежедневно приходил домой пьяный, устраивал скандалы.

В день происшествия отец пришел поздно, в нетрезвом состоянии, скандалил с матерью, требовал, чтобы она за что-то просила у него прощения, нецензурно бранился, всячески оскорблял мать, бил ее кулаками по голове. С., лежа за занавесками, напряженно прислушивался; скандал все разгорался. Отец, схватив со стола сапожный молоток, стал угрожать матери убийством. Она громко закричала, после чего проснулся и заплакал маленький сын обследуемого. Крик сына «подействовал как сирена», вызвал страшный гнев. Вскочив с кровати, С. бросился в комнату родителей, подбежал к отцу, набросился на него с молотком. В глазах потемнело, видел только искаженное лицо ребенка, оно то приближалось, увеличиваясь в размерах, то куда-то проваливалось, чувствовал как его «обволакивает туман». Что произошло в дальнейшем, не помнит. Очнулся в комнате родителей, ощущал при этом резкую слабость, разбитость, сонливость. Был потрясен, узнав от жены о случившемся. Превозмогая усталость, пытался оказать отцу помощь, но, не дождавшись врачей, уснул.

Из материалов дела известно, что, когда мать испытуемого позвала на помощь и одновременно заплакал ребенок, С. вскочил с кровати и стремительно бросился к отцу, который замахнулся на него молотком. Когда жена С. выбежала из-за занавески, она увидела в руках у мужа молоток. С. стоял, наклонившись над отцом, лежавшим в крови на полу. Он был очень бледен, дрожал всем телом. На вопросы жены он не реагировал, «глаза его были ка-

кие-то остекленевшие, остановившиеся» он смотрел и ничего не видел, продолжая методично наносить отцу удары молотком по голове. Когда жена вырвала молоток из рук С. и громко закричала, назвав его по имени, он как бы пришел в себя и с удивлением посмотрел на окровавленного отца. При этом он был растерян, куда-то порывался идти, вдруг «замер, остановился как вкопанный». Затем подошел к отцу, нагнулся над ним, тут же как-то боком прислонился к стулу и моментально заснул. Окружающие положили его на кровать, но он не просыпался. Продолжал спать и в тот момент, когда мимо него на носилках несли отца. Отец был доставлен в больницу в бессознательном состоянии с множественными переломами костей черепа и повреждением мозгового вещества.

При обследовании С. в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского установлено, что со стороны внутренних органов патологических отклонений нет. Отмечаются явления вегетативной дисфункции.

Обследуемый в ясном сознании. Во время беседы держится просто, естественно. Подробно рассказывает об обстоятельствах, предшествовавших правонарушению. Помнит, как отец замахнулся на него молотком. Сам момент убийства вспомнить не может, даже приблизительно не смог установить, сколько времени длилось возникшее у него состояние. Угнетен случившимся, тяжело переживает смерть отца.

Заключение: С. психическим заболеванием не страдает, имеются признаки вегето-сосудистой недостаточности. В момент правонарушения С. находился в состоянии временного болезненного расстройства душевной деятельности в форме патологического аффекта; в отношении инкриминируемого деяния невменяем.

Кратковременное психотическое состояние в данном случае развилось как реакция на аффективное раздражение на фоне астении, обусловленной действием временно ослабляющих факторов (переутомление, бессонница) при наличии постоянно свойственных С. явлений вегето-сосудистой дистонии.

В клинической картине отчетливо прослеживаются три фазы. В первой, подготовительной фазе под влиянием тяжелых травмирующих переживаний нарастало аффективное напряжение, сознание было ограничено узким кругом представлений, связанных с ним. Подготовительная фаза перешла в фазу взрыва с агрессивными действиями, носившими характер двигательных автоматизмов. При этом отмечалось нарушение сознания с полным расстройством ориентировки, болезненно искаженным восприятием окружающего, отрывом от реальности и отсутствием контакта с окружающими; обращают на себя внимание резкие вегетативно-вазомоторные реакции, необычный вид обследуемого, особенности его мимики и моторики в тот момент.

В заключительной фазе наступило резкое истощение, общая расслабленность с последующим терминальным сном. Отмечалась тотальная амнезия в отношении содеянного; остались лишь отрывочные воспоминания подготовительной фазы и патологических переживаний периода взрыва.

Сумеречные состояния. Их клиническая картина, как было сказано выше (см. главу 16 «эпилепсия»), неоднородна по своим проявлениям. Данная форма исключительных состояний в противоположность остальным может неоднократно возникать у одного и того же лица.

Просоночные состояния. Патологические просоночные состояния ранее описывались под названием «опьянение сном». Большинство авторов подчеркивали частоту насильственных агрессивных действий, совершаемых в подобных состояниях. На судебно-психиатрическое значение состояний «опьянения сном» указывал А. Н. Пушкарев (1848). В дальнейшем в руководствах по психиатрии они рассматривались в рамках сумеречных состояний сознания. С. С. Корсаков (1901) описывал просоночные состояния в группе быстротечного умопомешательства, характеризующегося всеми признаками, свойственными исключительным состояниям в современном их понимании. Особенно подробно эти состояния описал Gudden (1905). Из 18 собранных им случаев в 11 имело место убийство и в 4 — нанесение тяжелых телесных повреждений. Рассматривая различные клинические варианты опьянения сном, Gudden (1905) отмечал, что в этих случаях неполного пробуждения «сновидения воспринимаются так живо и ярко, как если бы они были действительностью. Полупробудившийся человек действует под влиянием остатков этих сновидений, обычно кошмарного характера».

В дальнейшем подобные состояния описывались как клинические формы нарушений сна (В. П. Сербский, 1912; А. Л. Эпштейн, 1928; Е. А. Попов, 1959; Lechner, 1909). Изучению клинической картины просоночных состояний как одной из форм исключительных состояний посвящены работы ряда судебных психиатров (Э. Н. Разумовская, 1947; И. Н. Введенский, 1947; Д. Р. Лунц, 1955, 1965). К исключительным состояниям относятся только те варианты просоночных состояний, при которых существует психотическая симптоматика (И. Н. Введенский, 1947; Д. Р. Лунц, 1965).

В соответствии с этим под патологическим просоночным состоянием следует понимать состояние неполного пробуждения, возникающее после глубокого сна и характеризующееся неравномерным переходом от сна к бодрствованию отдельных систем коры головного мозга. При «пробуждении» более простых двигательных функций высшие психические функции, прежде всего сознание, остаются в состоянии сонного торможения.

Такой неравномерный замедленный переход от сна к бодрствованию сопровождается помрачением сознания, глубокой дезориентированностью. Продолжающиеся сновидения бывают яр-

кими, образными, устрашающими. Искаженно воспринимаемые реальные события включаются в созданную сновидением устрашающую ситуацию. Освободившиеся от сонного торможения моторные функции часто вызывают агрессивно-защитные действия. Они проявляются в форме или отдельных автоматических поступков, или целостных двигательных актов, отражающих патологические переживания. При просоночных состояниях субъекты нередко совершают такие общественно опасные действия, как убийство и тяжкие телесные повреждения. После периода возбуждения обычно наступает окончательное пробуждение с полным восстановлением сознания и последующей адекватной реакцией растерянности и удивления по поводу происшедшего. После окончательного пробуждения воспоминаний о бывшем болезненном состоянии обычно не остается. Иногда они частично сохраняются, касаясь в основном сновидных образов (Gudden, 1905; Lechner, 1909). Просоночные состояния длятся иногда лишь несколько мгновений (В. П. Сербский, 1912), но в некоторых случаях имеют более продолжительное течение.

Просоночные состояния возникают чаще всего при тех или иных нерезко выраженных органических изменениях центральной нервной системы, чаще всего травматического происхождения (Д. Р. Лунц, 1955; Е. А. Попов, 1957), а также у лиц, обнаруживающих склонность к глубокому и крепкому сну. Наряду с этим большое значение в генезе патологических просоночных состояний имеет комплекс различных временных вредностей, предшествующих засыпанию. Среди них на первом месте стоит прием алкоголя. В этих случаях просоночные состояния развиваются у лиц, заснувших в состоянии опьянения, при пробуждении, чаще вызванном внешними воздействиями. Иногда такие состояния возникают и при спонтанном пробуждении. Отмечена патогенная роль предшествующего эмоционального напряжения, переутомления, вынужденной бессонницы и сомато-психологической астенизации.

Обследуемый П., 35 лет, обвиняется в убийстве жены. Рос и развивался правильно, окончил 4 класса средней школы, работал в колхозе. Участвовал в Великой Отечественной войне. В возрасте 20 лет перенес контузию, сопровождавшуюся кратковременной потерей сознания. После демобилизации работал лесорубом. По характеру всегда веселый, жизнерадостный и общительный. В возрасте 22 лет перенес операцию по поводу язвы желудка; после операции стал раздражительным, замкнутым. Начал работать ночным сторожем в пекарне. Алкогольные напитки переносил плохо, пьянел от небольших количеств алкоголя; в состоянии опьянения быстро засыпал. Всегда спал очень крепко, испытывал повышенную потребность в сне. При недосыпании чувствовал разбитость, непреодолимую сонливость.

В день правонарушения за ужином он вместе с женой выпил 500 г водки, причем на его долю пришлось около 300 г. В этот вечер был расстро-

ен, так как жена отказалась поехать вместе с ним к родителям. Около 22 ч он ушел на ночное дежурство. Во время дежурства замерз, «продрог», несколько раз приходил домой, но согреться не мог. Чувствовал себя усталым, разбитым. Не дождавшись сменщика, раньше времени ушел домой; сразу же лег в постель, тут же уснул. Помнит, что ему приснился страшный сон. Снилось, что поломали пекарню, разбили там все окна. В проеме разбитого окна увидел фигуру в белом, которая приближалась к нему, вытянув вперед руку, слышал плач ребенка, крики о помощи. Спасаясь, пытался бежать, но человек все время оказывался рядом, в страхе ударил его топором. О последующих событиях ничего не помнит. Проснулся «от какого-то толчка», услышав стук в дверь, по привычке зажег свет, открыл входную дверь. Увидев людей около дома, «почувствовал что-то неладное»; только после этого заметил в углу комнаты труп жены, кровь на полу, очень испугался, не мог понять, что произошло.

Из материалов дела известно, что П. пришел домой с дежурства в 4 ч., лег спать на кровать, где спал грудной ребенок. В этой же комнате спали жена обследуемого, 5-летняя дочь и родственница. Около 6 ч. П., внезапно вскочил с кровати, стал метаться по комнате, что-то бормотал. Как показывает родственница испытуемого, при этом вид у него был растерянный, он был бледен, дрожал, повторял одно и то же: «Окна бьют, ломают пекарню». Родственница разбудила жену, которая тут же поднялась, а сама, схватив грудного ребенка, выбежала из дома, чтобы позвать кого-либо из соседнего дома на помощь.

Свидетелем дальнейших событий является только 5-летняя дочь П., которая показала, что когда мать подбежала к отцу, он молча схватил топор, стоявший у печки, и «стал рубить маму». Девочка звала на помощь, но рядом никого не было. Она закрыла голову подушкой и больше ничего не слышала. Пришедшие через 15 мин. соседи увидели на полу труп жены П., а на ее кровати поперек, на спине, лицом вверх, с полусогнутыми ногами лежал П. Между колен у него была зажата отрубленная рука жены. На оклики окружающих он не отзывался. Соседи вынесли дочь и закрыли дом. Свидетели, стоявшие у окна, видели, что, когда через 15—20 мин снова постучали в дверь, П. на зов соседа поднялся с кровати, зажег свет, открыл дверь; при этом он с недоумением озирался по сторонам. Увидев на полу труп жены, П. бросился к ней, плакал.

При судебно-медицинском освидетельствовании трупа установлено, что голова отрублена, держится на узкой полоске кожи, на ней имеется рубленая рана, из которой вытекает мозг. Позвоночник в области шеи разрублен на 3 части. Передняя поверхность грудной клетки до 5-го ребра представляет одну зияющую рану, левая рука изрублена на мелкие куски, правая рука отрублена от туловища в области плечевого сустава.

При обследовании в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского установлено, что внутренние органы у обследуемого без отклонений от нормы. По средней линии живота расположен послеоперационный рубец. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция на свет живая. Правая носогубная складка слегка сглажена, язык при высовывании отклоняется влево. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет.

Первое время П. был тосклив, подавлен, почти не отвечал на вопросы. В дальнейшем он стал доступным, подробно сообщил анамнестические сведения, прерывая свою речь слезами, рассказал о своем сновидении. О реальных событиях, относящихся к этому периоду, не помнит, очнулся лишь тогда, когда постучали в дверь.

Болезненное состояние, возникшее у П. в момент совершения убийства, представляет типичную картину патологического просоночного состояния

со всеми характерными признаками этого скоропроходящего болезненного расстройства. Состояние расстроенного сознания с болезненно искаженным восприятием окружающего наступило после спонтанного, но неполного пробуждения от глубокого сна. Яркие устрашающие сновидения продолжались после того, как моторные функции освободились от сонного торможения. Отдельные отрывочные высказывания указывали на связь патологических переживаний со сновидениями и раскрывали их содержание. Реальные события — фигура проснувшейся жены, плач ребенка, крики о помощи вплетались в созданную сновидением ситуацию. Продолжающиеся сновидения сопровождались тревогой, страхом. Действия испытуемого были связаны с патологическими переживаниями, носили характер автоматизмов с проявлением бессмысленной агрессии, о чем свидетельствует множество ударов, нанесенных в одно и то же место. Период возбуждения сменился глубоким сном с последующей полной амнезией реальных событий при сохранности воспоминаний, касающихся сновидения.

Заключение: обследуемый П. психическим заболеванием не страдает. Во время общественно опасного действия П. находился в состоянии временного болезненного расстройства душевной деятельности в форме патологического просоночного состояния; в отношении инкриминируемого деяния невменяем.

Реакция «короткого замыкания»

Как подчеркнул И. Н. Введенский (1947), уже в самом обозначении реакция «короткого замыкания» смешиваются два различных понятия — предполагаемый патопсихологический механизм, лежащий в основе этой реакции, и одновременно психопатологический синдром. Состояния, объединенные понятием реакция «короткого замыкания», клинически неоднородны. В эту группу включены крайне редкие психогенно обусловленные психотические состояния, протекающие с расстройством сознания и автоматическими действиями, которые относятся к группе психогенных сумеречных состояний (И. Н. Введенский, 1947; Д. Р. Лунц, 1949, 1965); острые реактивные психозы, в клинической картине которых ведущее место занимает депрессия, неадекватная вызвавшему ее поводу, сопровождающаяся импульсивными поступками, приводящими к опасным действиям. Эти кратковременные расстройства по всем признакам следует отнести к психозам в момент правонарушения, исключающим вменяемость (Д. Р. Лунц, 1944, 1965; А. Н. Бунеев, 1947).

Вместе с тем в понятие реакция «короткого замыкания» включались и непсихотические формы реактивных состояний, не сопровождающиеся глубокими расстройствами сознания и соответственно не исключающие вменяемости (И. Н. Введенский, 1947). Таким образом, прежнее понятие реакция «короткого замыкания» объединяло клинически неоднородные состояния, что приводило к стиранию границ между нормой и патологией и нечеткости диагностических, а также судебно-психиатрических кри-

териев (И. Н. Введенский, 1947; Д. Р. Лунц, 1965). Сужение понятия реакция «короткого замыкания», как и других исключительных состояний, определило четкость его клинического содержания.

Данная форма возникает в результате длительно существующего, интенсивного, молча переносимого аффективного напряжения, чаще всего в форме тревоги и ожидания с сосредоточением на этом большинства представлений. П. Б. Ганнушкин (1933) считал, что в возникновении реакции «короткого замыкания» большую роль играют сверхценные идеи. Совершение общественно опасного действия, которое до этого и не предполагалось, определяется мгновенно сложившейся, зачастую совершенно случайной ситуацией. Клиническая картина определяется либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными, не соответствующими поводу аффективными нарушениями (исступленная ярость, отчаяние и т. п.), сочетающимися с импульсивными, автоматическими действиями, в том числе и опасными для окружающих. По миновании реакции «короткого замыкания» так же, как и после патологического аффекта, наступает сон или резкое психофизическое истощение.

Не все отечественные психиатры согласны с выделением этой формы исключительных состояний. Д. А. Аменицкий (1947) считал, что в подобных случаях следует говорить о синдроме исключительного состояния аффективного генеза, практически равнозначного патологическому аффекту, с участием механизма «короткого замыкания». И. Н. Введенский (1951) и Д. Р. Лунц (1965) подобные случаи относят к группе острых психогенных психозов, протекающих либо с сумеречным помрачением сознания, либо с картиной острого депрессивного синдрома. В зарубежной литературе понятие реакция «короткого замыкания» сохранилось.

Распознавание исключительных состояний

Диагностика исключительных состояний представляет ряд специфических трудностей, связанных с ретроспективной оценкой их клинической картины. Как подчеркивал И. Н. Введенский (1947), отграничение исключительных состояний должно идти главным образом по линии общих клинических признаков этих расстройств. «Не характер течения, не патогенетические моменты, не почва, а клиника этих состояний в конечном счете определяет их патологическую сущность и дает наиболее надежные критерии для их распознавания и оценки». «При диагностике этих расстройств — отмечает А. Н. Бунеев (1955),— следует опираться в

первую очередь на психопатологическую структуру самого кратковременного болезненного состояния».

Поскольку диагностика этих состояний основана на ретроспективном анализе их клинической картины, ведущее значение приобретают материалы уголовного дела, свидетельские показания, характеризующие поведение и состояние обследуемого. Перед экспертом-психиатром стоит трудная задача: по отдельным, подчас разрозненным показаниям свидетелей и другим данным следственного дела восстановить целостную клиническую картину и выявить признаки наличия или отсутствия психотического состояния.

Свидетельские показания могут помочь установить ряд клинических признаков, характеризующих состояние сознания. Особенно важно изучить взаимоотношения обследуемого с окружающими, что дает основания судить о наличии или отсутствии ориентировки, адекватного речевого контакта. Необходимо внимательно проанализировать высказывания, даже лаконичные и отрывочные, раскрывающие подчас галлюцинаторные обманы восприятий, бредовые идеи, отражающие особенности восприятия обстановки и реагирования на окружающее.

Большое значение имеет также уточнение особенностей моторики в момент правонарушения. Важно установить наличие автоматических действий, а также оценить, в какой мере те или иные действия являлись реакцией на окружающее или же имело место спонтанное нарастающее возбуждение, приводящее к двигательным разрядам.

Исключительным состояниям, несмотря на их сверхострый характер, как и другим психотическим расстройствам, присущи определенные закономерности течения и окончания. При распознавании этих форм необходимо рассмотреть последовательность появления тех или иных признаков, кажущихся болезненными. Сопоставление отдельных свидетельских показаний позволяет воспроизвести поэтапную картину состояния в момент совершения общественно опасных действий, а также особенности выхода из этого состояния. Особую диагностическую важность представляет истощение, выражающееся в одних случаях сном, а в других состоянием прострации (при патологическом аффекте) с последующим внезапным полным пробуждением и адекватной реакцией по поводу случившегося (просоночное состояние).

Исключительные состояния возникают в результате совпадения множества патогенных факторов. Однако патогенетические моменты не предопределяют диагноз. Только совокупность признаков, составляющих целостную клиническую картину той или иной формы исключительного состояния, специфические законо-

мерности их проявления, развития и течения являются основанием для соответствующей диагностики. Один или несколько признаков, взятых изолированно, в отрыве от психопатологической картины в целом, не могут указывать на наличие психотического состояния.

В некоторых случаях ошибочной диагностики исключительного состояния клинический анализ подменяется психологическим, что неизбежно приводит к субъективному толкованию отдельных изолированных признаков. В качестве основных доказательств в пользу диагноза исключительного состояния приводятся такие сугубо психологические аргументы, как необычный характер преступления, чуждость его личности обследуемого, а также немотивированность действий. Указанные признаки не имеют диагностической ценности, поскольку приведенные аргументы (необычный характер преступления, чуждость его личности обследуемого) не являются сами по себе доказательством психотической природы состояния, особенно при сопутствующей деликту алкогольной интоксикации или душевном волнении. Не может служить доказательством психотической природы поведения недостаточная мотивированность действий. Состояния опьянения или душевного волнения вообще могут сопровождаться немотивированными действиями. Кроме того, истинные мотивы действий могут быть и не раскрыты, что создает превратное впечатление немотивированности.

Д. Р. Лунц (1955), изучая случаи ошибочной диагностики исключительных состояний, показал, что, как правило, причиной ошибок является подмена клинического анализа субъективно-психологическими толкованиями мотивов и характера преступления. Таким образом, единственно объективными критериями диагностики исключительных состояний являются клинические признаки, отражающие их психотическую сущность.

Литература

Бунеев А. Н. Исключительные состояния.— В сб. Проблемы судебной психиатрии. Под ред. Ц. М. Фейнберг. М., 1947, в. 6, с. 403—406.

Введенский И. Н. Проблема исключительных состояний в судебно-психиатрической клинике.—В сб. Проблемы судебной психиатрии. В. 6. Под ред. Ц. М. Фейнберг, 1947, с. 331—335.

Калашник Я. М. Патологический аффект.— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. В. 3. М., Юридическое изд-во НКЮ СССР, 1941, с. 249—280.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. М., 1901, изд. 2-е, 1113 с.

Лунц Д. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний.— В сб.: Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1955, с. 94—103.

Лунц Д. Р. Выступление на Всесоюзной 19-й конференции по судебной

психиатрии (17—21/II 58 г.).— В сб.: Проблемы судебной психиатрии. В. 9. М., Госюриздат, 1961, с. 483—485.
Печерникова Т. П. О трудностях диагностики патологических просоночных состояний. Практика судебно-психиатрической экспертизы № 7. Под ред. Г. В. Морозова. М., 1962, с. 50—58.
Попов Е. А. Судебно-психиатрическое значение сна.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. 8. М., Госюриздат, 1959, с. 5—15.
Разумовская Э. Н. Судебно-психиатрическая оценка так называемых исключительных состояний.— В кн.: Труды I Всесоюзного совещания по судебной психиатрии. М., Юридическое издательство НКЮ СССР, 1937, с. 79—86.
Разумовская Э. Н. Исключительные состояния.— В кн.: Судебная психиатрия. Изд. 2-е. М., 1938, с. 341—344.
Сербский В. П. Психиатрия. Изд. 2-е. М., 1912, с. 555—574.

Глава 29

Симуляция психических расстройств

Симуляция психического заболевания — сознательное, преследующее определенную цель притворство, заключающееся в измышлении несуществующих признаков психического расстройства, в их изображении или искусственном вызывании у себя с помощью медикаментозных средств.

Симулировать могут и психически неполноценные личности, и психически здоровые, но проявления симуляции у тех и других различны. Во всех случаях симуляции присутствует сознательность, преднамеренность и целенаправленность. Эти признаки симуляции отличают ее от неумышленного дурашливого поведения больных шизофренией и бесцельного притворства, отмечающегося у некоторых психопатических личностей в трудной ситуации. По данным ряда современных авторов, симулятивное поведение встречается примерно в 2—3,5% всех случаев судебно-психиатрических экспертиз правонарушителей (Л. Ушкевичева, 1966; Биликиевич, 1969).

У женщин симуляция психических расстройств отмечается в два раза реже, чем у мужчин. Среди симулянтов преобладают лица, повторно совершившие правонарушения, социально и педагогически запущенные, а также характерологически деформированные условиями длительной изоляции в специфической микросреде. Это объясняется большей осведомленностью таких лиц о практике назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Симулятивное поведение чаще наблюдается у подследственных, чем у осужденных, что объясняется напряженностью и

неопределенностью ситуации следствия, активизирующей защитные тенденции личности. Симуляция у лиц, находящихся под следствием, может возникать на любом этапе, но чаще она приурочена по времени к переломным его моментам: заключение под стражу, предъявление обвинения, ознакомление с материалами дела, судебное разбирательство и т. п. У осужденных симулятивное поведение также обычно появляется в переломные моменты: при изменении режима содержания, отказе в досрочном освобождении и т. п.

У психически здоровых личностей симуляция называется истинной, или чистой симуляцией. Симулятивное поведение лиц с теми или иными психическими нарушениями называется симуляцией, возникающей на патологической почве.

Симуляцию, встречающуюся в судебно-психиатрической клинике, в зависимости от хронологического фактора, можно подразделить на 3 категории: предварительную, или превентивную, симуляцию, проводимую в период, предшествующий преступлению; такая симуляция преследует цель подготовить окружающих к тому, чтобы они восприняли преступление как акт, совершенный в состоянии психического заболевания; симуляцию, осуществляемую в момент совершения правонарушения для сокрытия истинных мотивов преступления; последующую симуляцию, которая возникает после совершения правонарушения, как защитное поведение с целью уклонения от ответственности. Чаще всего в судебно-психиатрической клинике наблюдается последняя форма.

Существуют два способа симуляции: симуляция самого психического заболевания, когда симулянты своим поведением и высказываниями стремятся произвести впечатление патологического состояния психики (которого нет и не было или которое было, но прошло или имеется лишь в незначительной степени); иногда симулянты принимают для этого какие-либо лекарственные средства, временно приводят себя в такое состояние, которое может произвести впечатление психического заболевания; симуляция анамнеза, когда симулянты хотят создать видимость перенесенного психического заболевания, которого в действительности не было. Оба способа симуляции могут сочетаться.

Формы симуляции

Истинная симуляция (чистая симуляция) — сознательное изображение психической болезни психически здоровыми людьми, в судебно-психиатрической практике встречается относительно

редко. В таких случаях симулянты чаще прибегают к симуляции анамнеза, чем болезненного психического состояния.

Симуляция психотического состояния обычно проявляется в форме воспроизведения отдельных симптомов или синдромов (ступор, возбуждение, слабоумие, галлюцинации) и реже в виде демонстрации отдельной клинической формы психического заболевания. Иногда обследуемые симулируют несовместимые симптомы различных форм психических болезней.

Ряд психотических симптомов трудно поддается воспроизведению, так как требует огромного эмоционального напряжения. К таким симптомам относятся, например, моторное возбуждение, маниакальное состояние и др. Здоровые люди в таких случаях очень быстро устают, чего не бывает с психически больными.

Изображение измененного мышления и некоторых видов слабоумия тоже вызывает у симулянта большие затруднения, так как требует длительного и напряженного внимания во время разговора. К таким формам симуляции психически здоровые личности прибегают редко.

По материалам Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, обследуемые чаще симулируют вялую депрессию с монотонным поведением, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, проявляющейся либо в форме мутизма, либо в нелепых ответах. Наряду с этим отмечается двигательная заторможенность, отказ от еды со ссылками на опасность отравления, а также демонстративные суицидальные проявления. Нередко на этом фоне симулируются элементарные галлюцинаторные расстройства, преимущественно зрительные, а иногда и слуховые обманы. Преобладают такие формы симуляции, которые не требуют больших познаний в психиатрии, значительных усилий для воспроизведения, мало истощают организм и могут легко автоматизироваться.

В экспертной практике встречаются такие формы поведения и предъявление таких симптомов, которые прежде описывали как «несимулируемые симптомы» (А. А. Говсеев, 1894; В. В. Люстрицкий, 1926; Л. И. Айхенвальд, 1929). Так, состояния обездвиженности, гипомании и др. иногда отмечаются если не на всем протяжении симулятивного поведения, то в виде более или менее продолжительных эпизодов.

Следует подчеркнуть, что симуляция является индивидуальным творчеством, отражающим особенности личности. Выбор симулируемых патологических симптомов зависит в основном от знаний и опыта симулянта, его осведомленности в вопросах психиатрии, знакомства со специальной литературой, особенностей

личных переживаний в прошлом, а иногда и от чисто случайных причин (реплика врача, отмечающего отсутствие того или иного симптома, советы обследуемых, находящихся на экспертизе, подражание другим больным и т. п.). Это обусловливает значительное разнообразие проявлений симуляции и отсутствие каких-либо определенных закономерностей. Индивидуальная вариабельность проявлений симуляции определяется, с одной стороны, структурой личности, а с другой — характерным, наиболее распространенным в каждом периоде времени «набором» симулируемых симптомов.

Формы симуляции меняются в зависимости от распространенных в широких кругах населения представлений о сущности и проявлениях психического заболевания, от изменяющегося содержания медицинской литературы и установок судебно-психиатрической экспертизы. Например, раньше обследуемые, страдающие алкоголизмом, предъявляли жалобы на хроническое злоупотребление алкоголем или на запой в период совершения общественно опасных действий; в последующем такие обследуемые чаще стали ссылаться на белогорячечное состояние, будто бы имевшее место в момент совершения правонарушения. Симулируемая симптоматика всегда отражала в более или менее приближенной форме реально существующие распространенные и типичные клинические картины душевных заболеваний и расстройств.

В прошлом чаще всего симулировались судорожные припадки, в 30-е годы — бредовые синдромы, затем аффективные расстройства и слабоумие со спутанностью (В. В. Люстрицкий, 1926), в 60-е годы чаще всего наблюдались различные изолированные симптомы — мутизм, элементы псевдодеменции и т. п. (Р. М. Келчевская, 1955). Формы симуляции психических расстройств имеют тенденцию к усложнению, предъявляемая симулятивная симптоматика становится более тонкой и клинически правдоподобной. Грубая примитивная симуляция встречается все реже и, как правило, указывает на наличие патологической почвы.

В последнее время снова отмечается увеличение числа случаев симуляции с предъявлением «бредовых» идей, различных по структуре и содержанию. Чаще всего высказываются «идеи преследования», «воздействия» (аппаратами, лучами, гипнозом), «одержимости» («внутри змея, в голове черви»), ипохондрические жалобы (утверждение о неизлечимом заболевании, чаще всего о раке). Нередко предъявляются тщательно подготовленные и разработанные идеи изобретательства. Прослеживается связь этих высказываний с прошлым опытом личности, ее интересами, увлечениями и склонностями.

Появились не встречавшиеся ранее жалобы на внутренние голоса, указания на расстройства мышления («пустота в голове», «отсутствие» и «обрывы» мыслей), а также на симптомы, характерные для синдрома психического автоматизма («внушение мыслей», «что-то толкает, заставляет»). Эти высказывания обычно повторяются у большинства обследуемых в одинаковой, заштампованной однообразной форме. Такой же в известной мере типовой характер имеют сообщения обследуемых об их увлечении философией, рассуждения на отвлеченные темы и письменная продукция, почерпнутая из популярной научно-фантастической литературы и других литературных источников, что иногда может ошибочно расцениваться как проявление «философической интоксикации». При таких формах симулятивного поведения обследуемые стремятся обратить внимание врачей на появившиеся у них нарушения взаимоотношений с близкими членами семьи, отражающие будто бы наступившую эмоциональную холодность, но в действительности обусловленные реальными конфликтами.

В начале симуляции поведение таких обследуемых бывает изменчивым, так как они сталкиваются с рядом затруднений, меняют в зависимости от этого манеру контакта с врачом и окружающими, а также набор симулируемых симптомов: отбрасывают одни, изображают другие. В дальнейшем поведение становится более постоянным и заученным. Продолжительность симуляции может быть весьма различной. В некоторых случаях при выборе удачной, легко воспроизводимой формы симуляция может продолжаться очень долго. Даже несмотря на неуспех и заметное недоверие врачей и окружающих, некоторые обследуемые не отказываются от притворного поведения. Иногда возвращение в исправительно-трудовое учреждение не прекращает симуляцию, так как обследуемые продолжают рассчитывать на освобождение судом или другими инстанциями. Большую роль при этой длительной симуляции играет наступающая автоматизация симулятивного поведения, при которой сознание притворства сохраняется, поведение управляется ведущим целевым представлением, но появляются привычные приемы с меньшей затратой психических и физических сил. В некоторых случаях, обычно при симуляции простых истерических синдромов (мутизм, гиперкинезы, параличи), наступает истерическая фиксация симулируемого расстройства, и симуляция переходит в истерическую реакцию.

В некоторых случаях симулянты после нескольких месяцев притворного поведения обнаруживают ухудшение физического и психического здоровья, к чему они активно стремятся. Ухудшение физического здоровья может быть связано и с аутоинтоксикацией желудочно-кишечного происхождения и с инфекциями

(отказ от пищи, поедание собственных экскрементов, нанесение самоповреждений). На физически ослабленной почве в последующем легко могут развиваться тяжелые реактивные состояния (с измененным сознанием, аффективными нарушениями и психогенным бредообразованием).

Однако чаще симулянты отказываются от притворного поведения и иногда чистосердечно признаются в нем. Признание в симуляции в таких случаях является конечным звеном в цепи психологически понятных переживаний, что позволяет отличить его от безмотивного раскрытия своего нарочитого поведения, которое иногда наблюдается у больных шизофренией, паралитиков и глубоких олигофренов (см. раздел «Симуляция на патологической почве»). Поведение таких лиц после признания также бывает психологически понятным и последовательным.

Обследуемый Р., 28 лет, электромонтер, обвиняется в мошенничестве.

Родился в срок, развивался нормально, в школу пошел 8 лет. Закончил 4 класса начальной школы. Приобрел специальность электромонтера. Жил в семье старшей сестры. В 1957 г. дом, в котором они жили, был сдан на слом. Р. и его сестра получили деньги и участок земли, начали строить дачу, допустив при этом ряд мошеннических комбинаций. В связи с этим постройка была опротестована и против Р. было возбуждено уголовное дело.

Обследуемый невысокого роста, астенического телосложения, пониженного питания. Во внутренних органах выраженных отклонений от нормы не выявлено. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция их на свет живая. Сухожильные рефлексы равномерно живые, патологических рефлексов нет.

Обследуемый при поступлении заторможен, выражение лица застывшее, взгляд устремлен в одну точку, глаза широко раскрыты, рот полуоткрыт, обильное слюнотечение. Ходит мелкими шажками. При сгибании рук застывает в неудобной позе. На вопросы отвечает следующим образом: «Как ваша фамилия?» — «Р»; «Сколько вам лет?» — «Десять»; «В каком году вы родились?» — «По всем правилам, когда начали коробку открывать, лежали они в порядке»; «За что вы арестованы?» — «Запекли меня судом, стало быть я обманул правительство, я в действительности не обманывал, выходит, жил в Москве, тут причем»; «Сколько у вас на руках пальцев?» — «Мясо»; «Голова болит?»—«Кепку повесили на гвоздь, она заплакала». На остальные вопросы не отвечает. При повторных вопросах дает на них те же ответы; при этом говорит быстро и четко, что производит впечатление заученного урока. В дальнейшем отказывается от еды, лежит все время в постели, становится неопрятен, перестает разговаривать. Однажды на вопрос, почему он не разговаривает, ответил: «Они запретили». В таком состоянии обследуемый находится в течение $1^1/_2$ мес.

В дальнейшем, видя бесполезность своего притворного поведения и тяготясь пребыванием в психиатрическом учреждении, обследуемый рассказал следующее. После возбуждения уголовного дела, вызванный на допрос, он дал аффективную вспышку — бросил на пол чернильницу, изорвал материалы судебного дела. В связи с этим следователь постановил направить Р. на экспертизу в Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского. После этого Р. начал серьезно готовиться к симуляции, хотя ранее об этом не думал.

Проходя мимо книжного магазина, он увидел в витрине книгу по судебной психиатрии и купил ее. В одной из статей была приведена подробная история болезни обследуемого, признанного невменяемым, Р. решил готовиться в соответствии с приведенной историей болезни. Для облегчения понимания статьи Р. взял в библиотеке словарь психиатрических терминов. Он решил подготовить фразы, аналогичные приведенным в истории болезни (шизофрения), которые он будет говорить при расспросах врача. Чтобы не сказать лишнего, он решил отвечать только на те вопросы, на которые он приготовил и заучил ответы; остальное время он решил молчать и «изображать мутизм». Кроме того, надо было держать рот открытым, чтобы «напоминать кататоника», застывать в тех позах, которые ему будут придавать.

С первого дня поступления в Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского он начал демонстрировать притворное поведение, но скоро понял, что выбранная им форма симуляции очень трудна. Однажды он решил, что совершил ошибку. На вопрос врача, был ли он в психиатрической больнице, он поспешно ответил: «Был», а по его мнению, надо было отвечать невпопад. Кроме того, он больше не мог «застывать с поднятыми руками и ногами». Он падал от слабости и усталости. Из отдельных фраз врачей во время обхода он понял, что его подозревают в симуляции; «последняя надежда была на галлюцинации». На вопрос, почему он не разговаривает, он ответил: «Они запретили». После демонстрации на лекции для него, стало ясно, что он «раскрыт». К этому времени он исчерпал все свои силы и решил сказать правду. Сделав это признание, обследуемый, видимо, почувствовал облегчение, а вместе с тем большое психическое истощение. Он долго плакал, а потом заснул. На другой день ждал прихода врача, настораживался и испытующе заглядывал ему в глаза, спрашивал, не является ли для него симуляция отягчающим вину обстоятельством. Постепенно Р. успокоился и стал говорить, что «на сердце стало легче, снял с себя тяжесть». Заметив интерес врачей к своему признанию, он старался извлечь из этого пользу для себя: просил выписать ему белого хлеба, масла, положить в удобном месте. Все его переживания и поступки были психологически понятны и последовательны. Общий уровень развития невысок, но практическая ориентировка достаточна. Мышление без отклонений от нормы, критика не нарушена.

Заключение: Р. психической болезнью не страдает, обнаруживал признаки симуляции; вменяем.

Более элементарный характер симуляции имеет следующий случай.

Обследуемый А., 1956 г. рождения, обвиняется в нанесении тяжелых телесных повреждений гр. П. Со слов обследуемого, из материалов уголовного дела и данных медицинской документации известно следующее: тетка по линии отца страдала психическим заболеванием. Отец умер, когда обследуемому был один год. Мать А. в течение многих лет работала медицинской сестрой в психиатрической больнице, в связи с соматическим заболеванием употребляла наркотические вещества. В возрасте 4 лет А. перенес легкую черепно-мозговую травму, в дошкольном возрасте — суставной ревматизм, туберкулез легких. В школу поступил 7 лет, учился посредственно. С детских лет обращал на себя внимание тем, что был раздражительным, вспыльчивым, часто уходил из дома, уезжал в соседние города, его возвращали сотрудники милиции.

В 1971 г. совершил кражу 3 велосипедов, был осужден, а затем направлен в профтехучилище специального типа. Из характеристики, данной вос-

питателями училища, известно, что А. пропускал уроки, бродяжничал, между тем отмечено, что он способный, но слабохарактерный. С ребятами не дружил; совершил побег из училища. Вместе с матерью А. поменял место жительства, переехал на Кубань, где работал в колхозе. Как видно из материалов уголовного дела, обследуемый помогал строить дом гр. П. В ночь совершения правонарушения А. спал в доме П., в другой комнате на полу спала хозяйка дома. Как видно из ее показаний, А. пил водку, среди ночи выходил на улицу, затем вновь лег спать. Около 3 ч А. набросился на спящую П., схватил руками за шею и начал душить ее. Она сопротивлялась, просила отпустить ее. Сказав: «Ну ладно, иди», А. отпустил П., причинив ей телесные повреждения. Когда П. побежала к своему мужу, который дежурил на работе, обследуемый шел за ней и просил ее никому не рассказывать о случившемся. На следствии обследуемый по существу и последовательно отвечал на вопросы, ссылался на запамятование своих действий в момент правонарушения.

Обследуемый среднего роста, правильного телосложения, достаточного питания. Тоны сердца чистые. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. При осмотре зева обнаружены большие, рыхлые миндалины (хронический тонзиллит). Органы брюшной полости без особенностей. Зрачки равномерные, реакция на свет живая. Правая носогубная складка сглажена. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, коленные слева несколько больше, чем справа.

Обследуемый правильно ориентирован в месте и времени. Знает цель направления его на экспертизу. Предъявляет жалобы на головные боли, плохой сон, апатию. Последовательно сообщает анамнестические сведения. Фиксирует внимание на том, что у него сложились неприязненные отношения с семьей П., что он был свидетелем того, как П. похищал строительные материалы с колхозного склада, что однажды П. пытался его застрелить и угрожал убийством. Утверждает, что накануне правонарушения он находился в состоянии «апатии». Перед глазами всплывали «красные шары». Ночью плохо спал, когда закрывал глаза, то видел «белые и черные шары». Трижды выходил на улицу, казалось, что его преследуют, окружающее воспринималось, «как через туман». Помнит, как бросился душить П., что было дальше, якобы не знает, а придя в себя, увидел, что его руки сжимают шею П. Отмечает, что в его жизни трижды были состояния, когда он в состоянии обиды и злобы «отключался» и пытался душить обидчиков.

В отделении обследуемый подвижен, приветлив, принимает участие в трудовых процессах, избирательно общается с окружающими. Периодически отмечался громкий беспричинный смех, который продолжался 2—3 мин, иногда не отвечал на вопросы, затем сообщал, что он в это время видел «красные шары». Обследуемый писал письма, письменная продукция его последовательна. В письме матери П. сообщал, что «твои книги по психиатрии пошли мне на пользу», он «входил в реактив», а теперь думает, что признают «манию преследования». Запас знаний обследуемого соответствует образованию.

Заключение: А. психической болезнью не страдает. В момент правонарушения обследуемый также не обнаруживал признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности (наличие конфликтной ситуации с семьей П., адекватный речевой контакт, целенаправленность действий — стремление уговорить пострадавшую в том, чтобы она не рассказывала о его поступке, отсутствие психотической симптоматики). Поведение А. имеет признаки симуляции; вменяем.

В данном случае симуляция, несмотря на легкое травматическое поражение центральной нервной системы, является истин-

ной, а не патологической симуляцией, так как не обнаруживает патологической мотивации.

Симуляция, возникающая на патологической почве. От истинной симуляции следует отличать защитное целевое поведение, возникающее на патологической почве. Такое поведение может проявляться в различных формах: в аггравации, т. е. целевом преувеличении незначительно выраженных психопатологических симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной в прошлом психической болезни; в так называемом продлении заболевания или целевом изображении уже исчезнувших психопатологических симптомов психической болезни (метасимуляция); в изображении психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (сюрсимуляция).

Преувеличение (аггравация) представляет достаточно распространенное явление в судебно-психиатрической практике. Особенно часто встречается аггравация интеллектуальной недостаточности у олигофренов и аггравация расстройств памяти и счета у больных с органическими поражениями центральной нервной системы. Во многих случаях аггравация возникает в одной и той же форме неоднократно, при каждом новом аресте, особенно если первые попытки увенчались успехом. Но и при неудачах, сопровождающих аггравацию, она может стать привычной формой поведения личности в любой сложной и опасной для нее ситуации.

Подобные формы симуляции, при которых используются функционально ослабленные болезненным процессом системы, легко фиксируются при помощи истерических механизмов. Распознавание этой формы симуляции представляет наибольшую трудность для судебно-психиатрической экспертизы.

Продление заболевания (метасимуляция) — целевое изображение отсутствующих симптомов только что перенесенного и закончившегося психического заболевания; в судебно-психиатрической практике встречается реже, чем аггравация. Обычно наблюдаются формы сознательного продления симптомов реактивного психоза, возникающего после ареста. Мы не встречали в практике судебно-психиатрической экспертизы непосредственного продления шизофренического приступа, так как только что перенесенное тяжелое психическое заболевание в значительной степени истощает психику и препятствует целенаправленной мотивации.

Изображение болезненных симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (сюрсимуляция) встречается значительно реже; проявляется в

чуждой, несвойственной основному заболеванию симптоматике и отражает патологическую мотивацию поведения психически больных. Такая форма поведения сравнительно легко распознается. В некоторых случаях больные скрывают истинное заболевание (шизофрения) и демонстрируют симптомы, ему не свойственные, что затрудняет диагностику.

Особенности психических нарушений у больного отражаются на его симулятивном поведении. При шизофрении поведение обычно становится карикатурным. С одной стороны, в своей основе оно содержит как будто целевые стремления, с другой — отражает особенности шизофренических расстройств мышления и эмоционально-волевой сферы, т. е. расстройство мотивации, отсутствие длительной целенаправленности и выдержки. В этих случаях больные шизофренией очень легко «выходят из роли» (Bleuler, 1920), отказываются от притворства, рассказывают о том, что они «симулировали». Раскрыв нарочитость своего поведения, они легко возвращаются к нему, не учитывая бесцельности продолжения игры. Их притворство теряет целостность. Расшифровывая свое притворное поведение, некоторые больные шизофренией, особенно в период острого процесса, своеобразно интерпретируют его причины или мотивируют его бредовым образом. При наличии бреда больные шизофренией стремятся к диссимуляции своего бреда и симуляции другого, чуждого им психического заболевания в целях избавления от наказания. В этих случаях притворство содержит в своей основе патологическую мотивацию.

В дефектных стадиях шизофрении притворное поведение может изменяться в зависимости от дефекта. Иногда в дефектной стадии восстанавливается возможность целеустремленно проводить определенную, намеренную и даже внешне мотивированную линию поведения. Чаще это бывает в тех случаях, когда дефект оформляется по психопатическому типу. При более грубом дефекте целеустремленное поведение симуляции становится невозможным. При органическом поражении центральной нервной системы (артериосклероз, сифилис мозга), при сохранности ядра личности, симуляция бывает более или менее целенаправленной.

При выраженном слабоумии притворство становится патологическим. Отсутствие стойкой целеустремленности, быстро меняющаяся при аффективной неустойчивости и слабости суждений мотивация поступков приводят к тому, что больной не может долго придерживаться одной линии поведения. Сознание болезни в таких случаях обычно отсутствует, в связи с чем притворство принимает форму подражания другим больным, а не преувеличения имеющихся болезненных симптомов.

При прогрессивном параличе, леченном малярией, у больных сохраняется сознание своего дефекта. Притворное поведение, как у большинства лиц с той или иной нервно-психической недостаточностью, направлено на использование своей недостаточности. В некоторых случаях при хорошей ремиссии и незначительном дефекте симуляция удается. При более глубоком снижении элементы слабоумия выражаются в грубом и откровенном притворстве.

В отношении аггравации и патологического притворства особое место занимают психопатические личности. С одной стороны, встречаются психопаты с такими глубокими изменениями психики, что проведение симуляции как акта сознательного, сложного и целенаправленного поведения для них становится невозможным. С другой стороны, в большинстве случаев симуляцию у психопатов при личностных аномалиях, не исключающих способности осмысливать значение своих поступков и корригировать свое поведение, нельзя отождествлять с патологическим притворством у психически больных. В легких случаях психопатий симуляция может ничем не отличаться от обычных форм истинной симуляции.

Обследуемый П., 41 года, обвиняется в повторном нарушении правил прописки. При задержании назвался вымышленной фамилией.

Обследуемый родился в семье крестьянина, наследственной патологии нет. Рос и развивался нормально. В 1918 г. заболел сифилисом. Лечился в госпитале «уколами и вливаниями». В 1919 г. женился, имеет 4 детей. С 1930 г. начал злоупотреблять алкоголем. В последнее время постоянного места жительства не имел. На экспертизу направлен в связи с неправильным поведением после ареста.

Обследуемый выше среднего роста, астенического телосложения. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. В легких везикулярное дыхание. Прощупывается край печени. Зрачки неравномерны: правый шире левого, реакция на свет отсутствует. Реакция на аккомодацию и конвергенцию сохранена. Сухожильные рефлексы живые, слева выше (отмечается атаксия). Симптом Ромберга положительный. Пальце-носовая проба положительная. Скороговорки не удаются. Исследование спинномозговой жидкости: белок 0,48%; реакция Вассермана положительная, реакция Панди положительная, реакция Нонне — Апельта положительная, реакция Ланге 665443321111.

Обследуемый стонет, ходит по палате низко согнувшись — голова на уровне живота. Неожиданно набрасывается на соседа, толкает его с койки, таращит глаза, тяжело дышит. Вызванный в кабинет врача, идет охая, озираясь по сторонам, держится за сердце. На вопрос, как его фамилия, отвечает: «Под козой родился» (Подкозин). «Как имя, отчество?» — «Петр... Петр, отчества не знаю»; «Сколько лет?» — «Много лет»; «Какой сейчас месяц?» — «Первый»; «Что с вами?» — «Ох больной, больной!»; «Что болит?» — «Сердце болит, голова болит, все болит». На вопросы отвечает медленно, охает и вздыхает. Выйдя из кабинета идет быстро, весело, переговариваясь с санитаром. На вопрос санитара, почему он охал в кабинете и не отвечал на вопросы, засмеялся: «Симулировал, чтоб освободиться». Увидев идущего

врача, П. сразу согнулся, низко опустил голову, застонал, заохал и, еле передвигая ноги, подошел к своей койке.

В течение нескольких дней П. продолжал давать грубо симулятивные ответы; при этом настроение благодушное, при разговоре улыбается. Однажды во время беседы с врачом увидел, как другой больной (шизофрения) свистит и скачет. П. перестал разговаривать, опустил голову, надул щеки и стал громко свистеть, сказать по полу. Так он вел себя в течение всего дня, а к вечеру был переведен в изолированную палату, где лег на живот и, стуча кулаками по полу, громко свистел. В дальнейшем поведение неодинаковое, то дает правильные ответы, много рассказывает о себе, обнаруживая при этом известную сохранность знаний, то вдруг неожиданно начинает вести себя нелепо, изображает командира, делает вид, что седлает лошадь и едет, отвечает неправильно. На вопрос, зачем он так себя ведет, отвечает: «Чтоб не судили». На вопрос, не слыхал ли он когда-нибудь голосов, отвечает: «Слышу, слышу... Дайте подумать» (приставляет палец ко лбу). «Что же мне говорили голоса? Что придумать бы? А? Говорили, сеть будто плоха и рыбу в этой сети нельзя ловить». При этом обследуемый смеется. При осмотре комиссией П. волновался, становился в позу, говорил речь о всеобщем обучении и об уважении к старости.

Заключение: П. страдает прогрессивным параличом. Отмечаются признаки патологической симуляции; невменяем.

Распознавание симуляции. Методы распознавания симуляции могут быть сведены в основном к психологическому и клиническому, включающему экспериментально-психологическое обследование. Психологический метод основан на том, что симуляция не является психической болезнью и потому ее распознавание должно быть построено на учете психологии нормального человека.

Французские авторы (Claude, 1932) писали о применении «лукавых вопросов», ставящих симулирующего в затруднительное положение. Ряд авторов указывали на то, что полезно в присутствии симулирующего, не обращаясь к нему, говорить об отсутствующих в картине его болезни признаках, характерных для изображаемой им формы заболевания, или расспрашивать его о тех симптомах, которых вовсе не бывает при психической болезни. Симулянты это могут учитывать и пополнять изображаемую картину отсутствующими признаками. Общеизвестна также проба на рассеянность (отвлечь симулянта, заставить его незаметно выполнить то, от чего он отказывался). Л. И. Айхенвальд (1929) рекомендовал метод быстрых вопросов, следующих один за другим, приводящих симулянта в состояние растерянности.

Все эти методы направлены на то, чтобы смутить симулянта, вызвать растерянность, а иногда и добиться признания в симуляции. Но признание в симуляции не является доказательством симуляции, если оно не подтверждается объективными наблюдениями. Часто психически больные, считая себя здоровыми, объясняют странности своего поведения симуляцией. Депрессивные

больные, склонные к идеям самообвинения, обвиняют себя в симуляции; внушаемые психически больные дополняют симптоматику по подсказке врача или легко признаются в симуляции, когда им говорят, что они симулируют.

Психологический метод изучения нарочитых ошибок, производимых симулянтами при различных видах исследований, помогает уяснить нелепость или правдоподобность ошибок; их грубость, системность или случайность позволяют судить об истинном снижении личности или симуляции этого снижения. Заставляя симулянта действовать в непривычных и меняющихся условиях психологического эксперимента, можно по скорости его ориентировки, скорости и особенностям формирования систем ошибок, по реализации занятой позиции и др. судить не только о наличии симуляции, но и о ее характере (возникла ли симуляция у дефектной личности или у полноценного человека и пр.).

При психологическом эксперименте рекомендуется начинать исследование на высоком уровне трудности, что мешает симулянту быстро ориентироваться и выработать систему ошибок. В процессе работы следует ускорять темп исследования, что неожиданно повышает качество ответов, так как симулянты не успевают продумать ошибку. Во время исследования необходимо вслух оценивать ответы обследуемых; положительная оценка обычно ухудшает последующие ответы. Следует фиксировать внимание симулянтов не на тех показателях, которые фактически учитываются. Обсуждение вместе с обследуемым допущенной им ошибки, его мотивировка и логика доказательств правильности его первого ответа также помогают распознаванию симуляции. В конце исследования можно провести разоблачительную беседу. Обследуемый может и не отказаться от симуляции, но изменить систему ошибок и свое поведение, что также послужит материалом для анализа симуляции (С. Я. Рубинштейн, 1947).

Изучение нарочитых ошибок при различных видах экспериментально-психологического исследования позволяет уяснить их случайный или системный характер и на этом основании судить об истинном снижении личности или сознательной демонстрации этого снижения. Клинический метод наблюдения является наиболее плодотворным методом распознавания симуляции психических болезней. Он основывается на сопоставлении сообщаемых сведений о прошлом и поведения обследуемого с психопатологическим анализом анамнеза и психического состояния.

При подозрении на симуляцию анамнеза во время первой беседы с обследуемым следует подробно записать все анамнестические сведения и проверить, сравнить их при последующих беседах. Только очень опытный симулянт может повторно воспро-

извести эти данные, не противореча самому себе, так как в анамнезе дается описание динамики клинического развития болезни, что значительно труднее воспроизвести, чем описание отдельных симптомов в их статике. Такие лица часто не могут указать название лекарств, которые они принимали, фамилии врачей, которые их лечили, избегают называть больницу, где они якобы находились. Во всех подобных случаях необходимо сопоставление сообщаемых испытуемыми и их родственниками анамнестических сведений с дополнительными объективными данными, подтверждающими эти субъективные сведения или опровергающими их. Нередко указания на перенесенное в прошлом болезненное состояние не соответствует объективным данным. В случаях превентивного стационирования в психиатрические больницы изучение подлинников историй болезни позволяет выявить неубедительность, атипичность и однообразие бывшей симптоматики, кратковременность пребывания таких лиц в стационаре, поспешность диагностики и т. д.

Большое значение следует придавать физическим симптомам, сопровождающим некоторые психические заболевания, так как эти симптомы не поддаются симуляции (например, симптом Аргайл—Робертсона при прогрессивном параличе, тяжелые сердечно-сосудистые изменения при атеросклерозе, изменения тургора кожи, цианоз, похудание, запоры при депрессивных состояниях). Большую роль играют также исследования (спинномозговая жидкость и др.).

На современном уровне знаний некоторое вспомогательное значение приобрели данные электроэнцефалографии, выявляющие патологическую биоэлектрическую активность мозга или ее отсутствие, что особенно отчетливо обнаруживается при динамическом наблюдении. При исследовании психического состояния подозреваемого в симуляции особенно большое значение имеет изучение структуры отдельных синдромов с учетом присущей им относительной клинической специфичности в зависимости от нозологической принадлежности, сопоставление сочетания отдельных синдромов, стереотипа их развития и последовательности в течении заболевания.

Распознавание грубого и неумелого притворства не представляет больших трудностей. В подобных случаях обращает на себя внимание чрезвычайная назойливость в предъявлении болезненных симптомов, неумение развить их, большая напряженность симулянта и быстрая его истощаемость. Сопоставление изображаемого состояния с тем, которое было у обследуемого до ареста, помогает окончательно распознать симуляцию. Труднее распознать более продуманное и умело подготовленное притворство.

В пользу симуляции может говорить своеобразная форма предъявления испытуемым психических нарушений: демонстративность, нарочитость, утрированность и искусственность жалоб и изображения психопатологических симптомов с фиксацией на них внимания врача. Иногда, наоборот, отмечается чрезмерная старательность, заученность, отсутствие легкости, стереотипность и заштампованность спонтанных высказываний, однообразие форм поведения и реагирования, что обычно сочетается с заметной во время беседы напряженностью, подавляемой злобой и раздражением.

При оценке психического состояния обследуемого для распознавания симуляции важное значение имеет нетипичность, полиморфность, лоскутность симптоматики или, наоборот, ее бедность, схематичность, однообразие, изолированность отдельных выявленных симптомов, отсутствие целостной, «гармоничной» (С. С. Корсаков, 1893), единой картины какого-либо психического заболевания. Особое значение при этом имеет «внутренняя противоречивость» симптоматики, не укладывающейся в клиническую картину известных форм психических заболеваний; наличие несовместимых симптомов как в их статике (например, сочетание предъявляемого слабоумия с толковыми письмами, инструктирующими родственников, идей переоценки собственной личности на фоне ситуационно обусловленной подавленности), так и в динамике (например, появление двигательного компонента синдрома психического автоматизма раньше идеаторного и т. д.). Такое же нарушение целостной клинической картины создают «лишние» симптомы (например, образные яркие зрительные галлюцинации в сочетании с резонерскими рассуждениями и «голосами» или сочетание сложных интерпретаций с элементами псевдодеменции и др.).

Важным дифференциально-диагностическим признаком при распознавании симуляции является несоответствие психического состояния обследуемого его анамнезу, не отражающему каких-либо психопатологических проявлений, а также отсутствие или нарушение закономерностей динамики развития и течения предъявляемых психических нарушений. Такое нарушение клинических закономерностей синдромогенеза и синдромокинеза часто проявляется в быстром темпе формирования сложных полиморфных психопатологических картин при отсутствии инициальных расстройств, а также за счет «заимствования» симптоматики у других обследуемых. В подобных случаях обычно отмечается несоответствие упорядоченного, дифференцированного поведения обследуемых массивному психопатологическому содержанию их высказываний.

Таким образом, хотя симуляция и является сугубо индивидуальной и в каждом случае следует искать особых методов ее распознавания, все же существуют общие закономерности, характерные для различных видов симуляции, выявляющие отсутствие «логики развития болезни». Такими закономерностями являются: отсутствие целостной и единой клинической картины какой-либо формы психического заболевания; изолированность предъявляемых симптомов (симулируются лишь отдельные симптомы болезни, а не вся болезнь); несовместимость симптомов (сосуществование симптомов различных психических болезней, исключающих друг друга и отсутствие динамики болезни (изображение отдельных эпизодов психической болезни, а не ее развития и течения).

Диссимуляция. В судебно-психиатрической практике можно встретиться также с противоположной симуляции формой притворного поведения — диссимуляцией психического заболевания. Диссимуляция есть преднамеренное утаивание действительно существующих признаков психической болезни. Иногда больные с этой целью пытаются представить имеющиеся у них патологические симптомы искусственными, симулятивными.

Диссимуляция чаще встречается в психиатрических больницах, чем в судебно-психиатрических учреждениях. Она возможна лишь при некоторых формах психических заболеваний. Естественно, что при таких заболеваниях, которые сопровождаются сумеречным состоянием сознания, состоянием психомоторного возбуждения или грубыми интеллектуальными нарушениями, диссимуляция невозможна. Чаще всего она встречается при параноидах. В этих случаях больные иногда очень умело скрывают свои бредовые идеи для того, чтобы выйти из психиатрической больницы и, пользуясь свободой, осуществить свои намерения, продиктованные бредовыми представлениями. Иногда к диссимуляции прибегают депрессивные больные, стремящиеся обмануть бдительность окружающих и привести в исполнение свои стремления к самоубийству. В некоторых случаях психически больные стараются скрыть свою болезнь и стремятся произвести впечатление здоровых, чтобы не лишиться гражданских прав.

Судебно-психиатрическая оценка. Принимая во внимание всю серьезность последствий установления симуляции, судебно-психиатрическую экспертизу подозреваемых в симуляции лиц следует проводить путем стационарного обследования в специальных отделениях при психиатрических больницах или в специальном судебно-психиатрическом учреждении, где имеются все условия для внимательного и всестороннего наблюдения этого контингента обследуемых. Кроме того, в подобных учреждениях

обеспечена достаточная изоляция и исключена возможность побега лиц, подозреваемых в симуляции.

Судебно-психиатрическая экспертиза здоровых лиц, обнаруживающих признаки симуляции, не представляет никаких затруднений: они вменяемы. При установлении судебно-психиатрической экспертизой факта симуляции следует направлять обследуемых обратно в исправительно-трудовые учреждения, не ожидая прекращения симуляции. Симулянты могут упорно продолжать симулировать в расчете на зачет срока пребывания в больнице на экспертизе, на побег. Продолжение судебного разбирательства лишает их обычно подобных установок и способствует прекращению симуляции.

Основную трудность при судебно-психиатрической оценке симуляции представляет симуляция на патологической почве. В этих случаях необходимо выяснить характер патологической почвы, на которой возникают указанные формы поведения, определить интенсивность и прогредиентность патологического процесса или глубину дефекта. Иногда особенности самого притворства помогают определить свойства патологической почвы.

При составлении акта судебно-психиатрической экспертизы эксперт-психиатр должен избегать неточных формулировок и неясной терминологии («установочное», «нарочитое» поведение и др.), что дезориентирует суд. Если обследуемые вменяемы, следует четко указать на наличие симуляции или аггравации.

Литература

Айхенвальд Л. И. Симуляция психотических состояний. Одесса, 1929, с. 24.

Бунеев А. Н. Симуляция.— В кн.: Судебная психиатрия. М., Госюриздат, 1951, с. 268—276.

Введенский И. Н. Симуляция.— В кн.: Судебная психиатрия. М., 1957, с. 188—194.

Говсеев А. А. Симуляция душевных болезней и патологическое притворство. Харьков. Изд. Бр. Говсеевых, 1894, 333 с.

Гаккебуш В. М. Реактивные психозы и симуляция.—«Совр. психоневрол.», 1925, № 2, с. 57—65.

Краснушкин Е. К. О симуляции душевных болезней.— В сб.: Труды психиатров клиники I ММИ. Вып. I. М., 1925, с. 93—105.

Лещинский А. Л., Паперный Т. С. Симуляция психических заболеваний.— В кн.: Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. Харьков, 1936, с. 96—105.

Осипов В. П. О распознавании симуляции душевных болезней.—«Арх. мед. наук», 1929, № 1, с. 5—17.

Фелинская Н. И. Проблема симуляции в судебно-психиатрической клинике.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Сб. 6. М., 1947, с. 134—146.

Фелинская Н. И. Симуляция психических расстройств.— В кн.: Судебная психиатрия (руководство для врачей). М., 1965, с. 397—412.

Claude H. Psychiatrie medico-legale. L. et. Dain Ca. Paris, 1932, p. 299.
Fribourg-Blanc A. Les Fausses simulations en medicine-legale psychiatrique (Congress des medicines alienistes et neurologistes de France). Paris, 1931, S. 14—19.
Hoche A. Handlung der gerichtlichen Psychiatrie. Simulation und Dissimulation geistiger Störung. Berlin, Springer, 1934, S. 370—386.

Глава 30

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних

Согласно советскому законодательству к уголовной ответственности могут быть привлечены лица, которым до совершения преступления исполнилось 16 лет. Подростки в возрасте 14—16 лет привлекаются к ответственности лишь за определенные виды преступлений, предусмотренные ст. 10 УК РСФСР. Лица в возрасте 16—18 лет привлекаются к ответственности по всем статьям УК, но в случае их осуждения отбывают установленный срок наказания в особых исправительно-трудовых колониях, где они получают соответствующее воспитание и обучение.

Если суд найдет, что преступление, совершенное лицом, не достигшим 18 лет, не представляет большой общественной опасности, он может освободить подростка от уголовной ответственности и направить его в Комиссию по делам несовершеннолетних[1] для рассмотрения вопроса о применении к нему принудительных мер воспитательного характера (ч. 3 ст. 10 УК РСФСР). Эти меры предусмотрены ст. 63 УК РСФСР.

Возраст от 14 до 18 лет является возрастом относительной уголовной ответственности. Krafft-Ebing (1895) назвал возраст до совершеннолетия «возрастом уголовной незрелости», подчеркнув недостаточность знаний подростков в отношении некоторых правовых (социальных) категорий и невозможность осознания противоправности своих поступков. Действительно, у подростков очень часто оказывается недостаточной способность к обдумыванию (они нередко действуют без борьбы мотивов, мало задумываются над последствиями своих поступков), от них часто скрыт внутренний смысл сложных поведенческих актов. Формальное

---

[1] Подробнее о функциях комиссий по делам несовершеннолетних см. Евтеев М. П., Кирин В. А. Законодательство об ответственности несовершеннолетних. М., 1970.

понимание наказуемости и знание этических норм не служит гарантией того, что подростки в своих поступках будут руководствоваться установленными общими правилами.

С позиций физиологии, психологии и психиатрии возраст от 12 до 18 лет[1] обозначается как период полового и психического созревания, пубертатный возраст. Психофизическое развитие ребенка протекает неравномерно. Эта неравномерность, скачкообразность связана, по Г. Е. Сухаревой (1959), с незаконченностью развития различных органов и систем и дисгармоническим развитием в периоды переходных фаз (3—4 года, 7—8 лет, 12—17 лет), называемых также критическими.

В биологическом и в социальном отношении наиболее важен пубертатный криз, так как в это время за относительно короткий срок (4—6 лет) в организме происходит глубокая биологическая перестройка, сопровождающаяся бурным «повзрослением». Рост сильно ускоряется, усиливается секреция половых желез и гипофиза, формируются генеративные функции, меняется психологический облик подростка, психические функции претерпевают значительные изменения. Равновесие, достигнутое к началу этой фазы, нарушается, увеличивается хрупкость нервно-психической организации, подверженность внешним влияниям, готовность к нервным срывам.

Пубертатный период может протекать относительно спокойно и очень бурно в зависимости как от биологических особенностей личности, так и от целого ряда дополнительных факторов (экзогенные вредности, отрицательные средовые и психогенные воздействия и т. д.). В некоторых случаях дисгармоничность психики в этот период выражена настолько значительно, что приходится говорить о его патологическом течении. При таких состояниях ведущее место в клинической картине занимают невротические, личностные и поведенческие нарушения, склонность к аффективным реакциям, расстройствам настроения и влечений. Все эти проявления чаще оформляются как психопатоподобные и могут вызывать значительные дифференциально-диагностические трудности при отграничении их от психопатий и психопатоподобных состояний иной природы.

В послевоенные годы все чаще пишут об усилении неравномерности развития в пубертатный период, проявляющейся в ускорении физиологического созревания (акселерация) и некотором запаздывании созревания психического (ретардация). Клинические исследования последствий нарушенного темпа развития

[1] В определении возрастных границ пубертатного возраста до настоящего времени нет единого мнения.

пока еще касаются лишь отдельных сторон этой сложной проблемы. Так, Г. Е. Сухарева (1959) находит, что если развитие гармонично и условия жизни и воспитания благоприятны, то ранняя возмужалость подростка не сопровождается психическими отклонениями.

По данным К. С. Лебединской, Н. С. Ротинян, С. В. Немировской (1970), акселерация на фоне эндокринной или органической недостаточности сопровождается диэнцефальными и психическими нарушениями, чаще в форме психопатоподобных состояний с выраженной аффективной патологией, иногда приобретающих отчетливый болезненный характер. При акселерации подобного типа необходимо психиатрическое освидетельствование. Задержка психического развития у детей и подростков наблюдается чаще, чем ускоренное развитие. Каждый неблагоприятный фактор, воздействующий на организм, не закончивший своего физиологического роста, может привести к задержке развития, которая чаще всего бывает частичной и проявляется в симптомах психической незрелости.

Психическая незрелость, инфантильность может выступать как синдром в клинической картине различных психических нарушений, но иногда она занимает ведущее положение или даже является практически единственным выражением психической аномальности. Эти состояния, обозначаемые как «инфантилизм», обычно проявляются в симптомах не только психической, но и физической незрелости.

Психическая инфантильность может проявляться не только в эмоциональной, но также в интеллектуальной, волевой и поведенческой сферах.

У лиц с инфантилизмом может наблюдаться выраженное несоответствие между реальными психическими показателями и теми, которые должны быть в их возрасте. Закон ограничивает ответственность несовершеннолетних, что позволяет учитывать психическую незрелость подростка при привлечении к уголовной ответственности.

Решение вопроса о возрастной отсталости требует специальных познаний в области психологии и педагогики, поэтому ст. 78 УПК РСФСР предусматривает возможность назначения комплексной судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизы, которая полномочна давать заключение о соответствии уровня психического развития несовершеннолетнего его фактическому возрасту. Это положение получило свое отражение в Постановлении № 1 Пленума Верховного Суда СССР от 2/III 1968 г. «О внесении дополнений в постановление Пленума Верховного Суда СССР № 6 от 3/VII 1963 г.».

При судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних необходимо учитывать возрастные особенности психики и их возможные патологические девиации (патологически протекающий пубертатный криз, нарушение темпа психического развития, инфантилизм и др.). Основной задачей судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних является точная диагностика психических нарушений и их судебно-психиатрическая квалификация, в зависимости от которой могут быть рекомендованы меры наказания, медико-воспитательного или медицинского характера.

Вопрос об особенностях клинического оформления психических заболеваний, привнесенных возрастом, требует специального рассмотрения, поскольку он определяет специфику экспертизы психического состояния несовершеннолетних. В подростковом возрасте отдельные нозологические формы встречаются с определенной частотой. Экспертам-психиатрам приходится наблюдать резидуальные состояния после перенесенных в детстве органических поражений мозга (чаще в форме психопатоподобного синдрома), далее следуют психопатии, различные патологические формирования личности, шизофрения, олигофрения, реактивные состояния, инфантилизм и реже других — эпилепсия.

Общие особенности всех этих заболеваний, характерные для судебно-психиатрической клиники, состоят в стертости, фрагментарности клинической картины, в малой специфичности и недостаточной очерченности психопатологических синдромов, в преобладании исподволь развивающихся болезненных форм с вялым, малопрогредиентным течением и медленным нарастанием симптоматики, редкости острых психозов и состояний глубокого дефекта.

Синдромальная характеристика психических нарушений в пубертатный период также представляет определенное своеобразие. Наиболее часто, практически в рамках любого патологического состояния, в пубертатном возрасте встречается психопатоподобный синдром, занимающий нередко ведущее место среди других болезненных проявлений, а иногда исчерпывающий клиническую картину в целом. Следует помнить, что психопатоподобными принято обозначать состояния, которые по своим клиническим проявлениям сходны с психопатиями, но являются выражением другого психического заболевания или непатологической девиации личности (например, педагогическая или социальная запущенность). Симптомы основного страдания могут быть выражены незначительно, они завуалированы характерологическими и поведенческими нарушениями, что делает диагностику в пубертатном периоде очень трудной. Особенно трудно решить вопрос, имеем ли мы дело с психопатоподобным состоянием или с психопатией.

Для правильной диагностики психических нарушений у подростков особое значение приобретает изучение психопатий. Основу психопатий, как известно, составляют стойкие личностные, характерологические нарушения, формирующиеся с детства и обычно заканчивающие свое становление к концу пубертатного периода, а нередко и позже.

В этот период психиатры чаще видят психопатию в ее становлении, обычно еще нет четкой клинической структуры психопатии, поскольку формирование личности подростка не завершенно и характерологические особенности представлены в виде подвижной мозаики (П. Б. Ганнушкин, 1964). Личностные отклонения у подростков с формирующейся психопатией разрозненны, нестойки, парциальны и очень динамичны. Поэтому в пубертатный период предпочитают говорить о «психопатических чертах», «патологическом формировании личности» (В. В. Ковалев, 1971), «препсихопатических состояниях» (Tramer, 1949; О. В. Кербиков, 1971). Вместе с тем наслаивание формирующихся психопатических особенностей на изменения психики, привнесенные самим пубертатным периодом, создают иногда выраженные патологические картины.

Неоднородность психопатий как по клинике, так и по этиопатогенезу послужила основанием для многочисленных попыток их группировки. В детской психиатрии наибольшее распространение получила группировка психопатий, предложенная Г. Е. Сухаревой (1959). Согласно этой классификации клинические типы психопатий у детей и подростков могут быть распределены по 3 патогенетическим группам в зависимости от особенностей дизонтогенеза. К наименее патологической группе с «задержанным» развитием (по типу психического инфантилизма, возникающего в основном под влиянием легких экзогенных вредностей) относятся психопатические личности типа неустойчивых, возбудимые, истероиды, псевдологи, «лгуны и фантасты». Группа с «искаженным» (диспропорциональное) развитием, в возникновении которого основную роль играет патологическая наследственность, включает гипертимных и гипотимных подростков, аутичных (патологически замкнутые), психастеников, лиц с паранойяльными чертами характера, эпилептоидов. В третью группу с «поврежденным», «надломленным» развитием в связи с органическим повреждением нервной системы на ранних этапах онтогенеза Г. Е. Сухарева включила органические психопатии (бестормозные, эпилептоиды) и органические психопатоподобные состояния.

В судебной психиатрии используется классификация психопатий по О. В. Кербикову, включающая в себя как генетическую, так и клиническую группировки. В зависимости от преимущест-

венного воздействия наследственных, экзогенно-органических или средовых, психогенных факторов по генезу различают ядерные (конституциональные), органические и краевые или приобретенные психопатии. Эта патогенетическая группировка психопатий и в подростковом возрасте наиболее соответствует как пониманию клиники психопатий, так и разработке профилактических мер.

Среди клинических форм психопатий в пубертатный период наиболее часто встречаются возбудимые и истерические личности, затем следуют тормозимые (астеники и психастеники), неустойчивые, шизоиды (патологически замкнутые) и мозаичные. Все эти типы личностей встречаются в каждой из 3 указанных генетических групп. Один и тот же клинический вариант в зависимости от принадлежности к той или иной генетической группе имеет свои особенности. Наибольшие различия особенно отчетливо проявляются на начальных этапах становления психопатии, а ко времени ее сформирования они постепенно нивелируются.

По данным В. А. Гурьевой, общие закономерности динамики становления психопатий проявляются в том, что на первом этапе (период начальных проявлений) имеется малый набор основных синдромов (истерический, возбудимый, неустойчивый, астенический), их элементарность, недифференцированность, изменчивость и относительная неспецифичность. Тип первоначальных характерологических отклонений далеко не всегда определяет форму будущей психопатии. В этот период почти единственной формой динамики являются элементарные аффективные реакции разной окраски.

На втором этапе (период структурирования) происходит усложнение и дифференциация клинических проявлений с периодом выраженной мозаичности и последующим постепенным формированием определенной клинической структуры психопатии. В это время усложняются и формы динамических сдвигов. Появляются разнообразные характерологические, невротические и неспецифически-возрастные, поведенческие (протеста, имитации, отказа) реакции; психогенные, а иногда уже и спонтанные колебания настроения; возникают первые еще очень несовершенные компенсаторные проявления и психогенные декомпенсации, формируется «психопатический цикл» (по О. В. Кербикову).

На третьем этапе (период завершения формирования) наблюдается усиление психопатических свойств до степени, нарушающей адаптацию, появление признаков тотальности личностных изменений и их стойкости (3 критерия диагностики психопатий Ганнушкина — Кербикова), клинически очерченными становятся

25 Заказ № 1565

типы психопатических личностей. Вместе с тем и в этом периоде преобладают формы психопатий, менее сложные по клинической структуре (большой процент истеричных и возбудимых, практическое отсутствие паранойяльных), а сформировавшиеся к концу пубертата типы психопатий еще не являются окончательными. На этом этапе вырабатываются и преимущественные для каждой группы типы клинической динамики.

В отличие от психопатий у взрослых в подростковом возрасте компенсаторные механизмы (Н. К. Шубина, 1963) оказываются еще несформированными, в связи с чем нередко резко выявляется дезадаптированность в поведении, неумение приспособиться к меняющимся условиям жизни, возникают различные формы псевдокомпенсаций, часто проявляющихся в асоциальных формах поведения.

В условиях судебно-психиатрической экспертизы нередко выявляются различные типы реагирования психопатических личностей с разной клинической структурой. У истеричных подростков истерические реакции учащаются не всегда, нередко происходит усиление фантазирования, псевдологии на фоне усугубления психопатических особенностей. У возбудимых и гипертимных подростков обостряется психопатическое поведение, учащаются реакции протеста, появляется дисфорический оттенок настроения. У психастеников усиливается склонность к дистимическим расстройствам настроения, иногда возникают элементы невроза навязчивых состояний. У тормозимых и шизоидов отмечается склонность к невротическим реакциям, состояниям адинамии, вялости, усиление замкнутости. Иногда судебная ситуация выступает в роли основного или дополнительного психогенного фактора, способствуя возникновению или формированию начавшегося раньше постреактивного или патохарактерологического развития, упрочению приобретенных личностных отклонений.

При выраженной педагогической и социальной запущенности могут наблюдаться отчетливые психопатоподобные формы поведения, которые необходимо отграничивать от психопатий. Эксперт-психиатр должен быть знаком с основными проявлениями «запущенности», хотя последняя представляет собой непатологическую девиацию личности и в общей психиатрической клинике не изучается. При «запущенности» адаптация нарушена не по болезненным мотивам и не ко всякой социальной среде, а лишь к той, которая предъявляет к индивидууму определенные требования. Иными словами, имеется избирательность форм поведения, предпочитаются те формы, которые свойственны определенной микрогруппе, в которую включился субъект (О. В. Кербиков, 1971). В отношении избранных лиц «запущенный» может прояв-

лять стойкие привязанности, уважение, оставаясь в отношении родных, педагогов грубым, циничным и агрессивным. При необходимости такие подростки могут переключаться на общепринятые нормы, что не характерно для психопатических личностей.

Такие подростки хорошо учитывают внешние обстоятельства, в своей среде они активны, инициативны, общительны и в отличие от психопатических личностей не бывают «одиночками». В своем поведении они руководствуются мотивами непосредственного удовлетворения, склонны только к развлечениям, предпочитают риск, авантюры.

Несмотря на частоту реакций протеста, у таких подростков не отмечается склонности к невротическим образованиям, к немотивированным расстройствам настроения и, что очень важно, не удается проследить закономерностей, характерных для становления психопатии и последующей возрастной динамики.

При психопатиях у подростков могут наблюдаться и расстройства влечений, хотя эти нарушения не являются специфическими только для психопатий и более характерны для органических поражений мозга и шизофрении (влечение к бродяжничеству, поджогам, сексуальным извращениям, к злоупотреблению алкоголем, наркотиками и др.). При психопатиях расстройства влечений вначале чаще всего связаны с неблагоприятными средовыми воздействиями (отрицательные влияния, реакции на психическую травму), а в дальнейшем закрепляются по механизму условнорефлекторной связи, становясь в некоторых случаях патологическими. Оценка этих состояний должна основываться как на анализе их структуры и глубины, так и на изучении всей личности подростка в целом. При наличии признаков неодолимости, импульсивности и малой мотивированности, что чаще наблюдается при органических поражениях и шизофрении, расстройства влечений можно расценить как болезненные.

Наличие психопатии у подростков не дает еще основания для заключения о невменяемости. Эмоционально-волевые нарушения затрудняют регуляцию поведения, но обычно не исключают ее полностью. Об этом свидетельствует возможность коррекции поведения подростка с формирующейся психопатией при создании соответствующих условий воспитания, обучения и трудовой реадаптации и сохраняющаяся способность к дифференцированному поведению в соответствующих ситуациях.

Невменяемыми признаются только такие психопатические подростки, у которых имеются глубокие изменения личности: выраженная психическая незрелость, резко очерченная дисгармоничность психики, некорригируемость поведения, тотальная дезадаптация и практическая беспомощность, недостаточность кри-

тических особенностей, выраженная склонность к спонтанным утяжелениям психопатической симптоматики, к частым состояниям психопатической декомпенсации, в результате чего они не могут отдавать отчет в своих действиях и руководить ими (наличие медицинского и юридического критериев невменяемости).

Значительным своеобразием в подростковом возрасте отличается клиника реактивных состояний. Эти отличия особенно выражены у детей. Г. Е. Сухарева (1959) подробно описала клинику психогенных реакций у детей и выделила: 1) острые психогенные реакции шокового и субшокового характера; 2) подострые психогенные реакции в форме депрессий, параноидов, неврастении, невроза, страха, истерических реакций; 3) затяжные реактивные состояния, определив различные преимущественные для детского возраста формы. В 1-й группе описаны шоковые реакции при землетрясении (Т. П. Симсон, 1935; А. И. Винокурова, 1940), при психических травмах, связанных с пожаром (А. И. Плотичер, Я. М. Езерский, и др., 1935), с войной (Г. Е. Сухарева, 1935; Т. П. Симсон, Е. Е. Сканави, 1945). Для этих реакций характерны наличие острого страха, сумеречных расстройств сознания и психомоторные нарушения в форме двигательного возбуждения или торможения. В 3-й группе описаны неврозы органов, реакции протеста, изменения характера под влиянием неблагоприятных условий воспитания, аномальные развития личности.

По наблюдениям судебных психиатров (Н. И. Фелинская, 1965; В. Н. Пыхтарев, 1970; В. А. Гурьева, 1971), клиническая картина психогенных реакций у подростков значительно элементарнее, чем у взрослых. Острые реактивные психозы редки, как редки и выраженные патологические реакции на судебную ситуацию, что, по-видимому, связано с социальной незрелостью, недостаточно глубоким осмысливанием таких социальных конфликтов, как правонарушение, арест, социальная изоляция, судебно-психиатрическая экспертиза. Почти не встречаются неврозы страха, характерные для детского возраста, а истерические реакции, в отличие от таковых у взрослых, чаще проявляются в нарушениях двигательной сферы, припадках, гиперкинезах.

У подростков, направленных на экспертизу, в анамнезе нередко отмечаются реактивные состояния в форме различных невротических реакций, возникающих в ответ на длительную психическую травму (чаще всего в семье), или депрессивные состояния в ответ на сверхсильные психогенные воздействия. В условиях экспертизы реактивные психозы у подростков также редки и выражаются в кратковременных психотических вспышках с рудиментарной, неразвернутой симптоматикой. Значитель-

но чаще наблюдаются реакции протеста с гневом и агрессивными тенденциями, возникающие в ответ на неудовлетворение какого-либо требования или нанесенную обиду.

Несмотря на элементарность клинических проявлений, перенесенное в детском или подростковом возрасте реактивное состояние оказывает значительно большее влияние на личность, чем это наблюдается у взрослых. Оно нередко сопровождается постреактивными изменениями психики и наклонностью к рецидивам. Иногда (при повторных психогенных воздействиях) временные постреактивные изменения траснформируются сначала в невротическое, а затем в патохарактерологическое развитие, сопровождаясь формированием личностных изменений по типу психопатий.

На материале судебно-психиатрической клиники установлена некоторая корреляция между формой невротического состояния и последующим патохарактерологическим развитием. Так, неврозы, протекающие по типу «реактивной неврастении», обычно дают начало астеническому развитию. В группе неврозов с реактивно-фобическим содержанием преобладают обсессивно-фобические развития, при невротических состояниях с реакциями протеста формируются черты возбудимости, эксплозивности.

Таким образом, психическая травма приводит к различным формам личностной патологии, как временной, так и более стойкой, хотя и очень редко сопровождается возникновением реактивных психозов. Большая роль внешних факторов в формировании психогений и психопатий в подростковом возрасте проявляется в возможности обратной (чаще неполной) динамики приобретенных личностных нарушений, что позволяет применить различные профилактические меры.

Судебно-психиатрическая оценка реактивных состояний у подростков принципиально не отличается от таковой у взрослых. Среди лечебных мероприятий большое место занимают фармако- и психотерапия и медико-педагогические воздействия, основанные на четком знании не только клиники психических отклонений, но и индивидуальных особенностей личности подростка.

В практике судебно-психиатрической экспертизы большое место занимают резидуальные состояния после различных по своей этиологии органических поражений мозга, перенесенных чаще всего в раннем детстве или внутриутробно и являющихся следствием разнообразных экзогенно-органических заболеваний.

Повреждения развивающегося мозга часто сопровождаются общей или частичной задержкой психического развития, дизонтогенезом, появлением органического дефекта разной выраженности. Клиника резидуально-органических состояний у подрост-

ков разнообразна (церебрастенические, неврозоподобные, эпилептиформные расстройства, явления слабоумия, периодические психозы), но наиболее часто при судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних приходится наблюдать органические психопатии и органические психопатоподобные состояния (первые являются следствием легких органических поражений, перенесенных до $3^1/_2$ лет, и сопровождаются лишь аномалией развития; вторые представляют собой результат более тяжелых органических поражений, приводящих к формированию органического дефекта).

Не только при органических психопатиях, но и при органических психопатоподобных состояниях наблюдается тенденция к постепенному нивелированию собственно органических изменений, так что в подростковом возрасте на первый план нередко выступают характерологические, невротические и поведенческие нарушения, что создает большое сходство с формирующимися психопатиями и требует тщательной дифференциальной диагностики.

При психопатоподобных состояниях органический дефект чаще всего проявляется в нерезко выраженной задержке умственного развития, некотором снижении памяти, внимания, побуждений, моторном беспокойстве, в обедненности высших эмоций, в склонности к брутальным аффективным и импульсивным реакциям, в расстройствах настроения по типу дисфорий и патологии влечений (дромомании, пиромании, сексуальная расторможенность и извращения и др.). Последние чаще, чем при психопатиях, бывают неодолимыми. Нередкими симптомами также являются стойкий энурез, частые головные боли, головокружения, обмороки, склонность к судорогам, непереносимость духоты, езды в транспорте, очаговая или рассеянная неврологическая симптоматика, диффузные изменения на электроэнцефалограмме, а иногда и в спинномозговой жидкости («органический зубец» в реакции Ланге).

Как и при психопатиях, здесь могут наблюдаться различные клинические варианты, однако наиболее часто речь идет о подростках с эксплозивностью, неустойчивостью и истероидностью. Личностные нарушения при этом выражены грубее и труднее корригируются. Наличие органической симптоматики, многообразных расстройств влечений, более грубые изменения в эмоциональной и волевой сферах, бóльшая мозаичность клинической картины, симптомы задержки развития позволяют отличить эти состояния от психопатий.

Врожденный сифилис, последнее время очень редкий, связан либо с непосредственным инфицированием плода бледной спиро-

хетой, либо с интоксикацией плода от больной матери. У больного ребенка отмечаются непропорциональность сложения, задержка роста, деформация черепа, периоститы на лобных и большеберцовых костях. Характерны полулунные вырезки на верхних резцах, нарушения питания, исхудание, дряблость и сухость кожи. Изменения зрачков (неправильная форма, неравномерность, вялость реакции на свет) встречаются при прогредиентных формах сифилиса мозга. Часто отмечается положительная реакция Вассермана в крови и ликворе, небольшой зубец в реакции Ланге. Иногда наблюдаются эпилептиформные припадки. Изменения психики могут заключаться в интеллектуальных и характерологических нарушениях. Наблюдаются снижение памяти, внимания, замедленный темп мышления, вялость, апатия, скудность интересов. Психопатоподобные нарушения проявляются в расстройствах влечений, склонности к импульсивным вспышкам и агрессии.

Экспертная оценка психопатоподобных состояний органического генеза аналогична таковой при психопатиях, однако здесь необходимо учитывать не только глубину личностных нарушений, но и тяжесть органического дефекта, проявляющегося в более значительной дезадаптации и нарушениях критических способностей.

Существенное значение в судебно-психиатрической клинике подросткового возраста имеет группа олигофрений, которая объединяет состояния психического недоразвития, различные по этиологии, патогенезу и клинической картине. Эту группу объединяют два основных признака: врожденная интеллектуальная недостаточность и отсутствие прогредиентности заболевания.

В практике экспертизы несовершеннолетних из 3 основных степеней олигофрении в основном встречается дебильность. Чаще такие больные бывают пассивными правонарушителями, их используют для своих целей либо взрослые, либо старшие подростки. Это связано с повышенной внушаемостью лиц, страдающих олигофренией, усиленной за счет возрастной незрелости подростков. Повышенную внушаемость следует иметь в виду при оценке их свидетельских показаний.

При судебно-психиатрической экспертизе подростков, страдающих олигофренией, необходимо учитывать не только глубину интеллектуального дефекта (дебильный подросток, зная общеизвестные законодательные нормы, часто не понимает более сложных ситуаций: нельзя воровать, но можно спрятать украденное другими, и др.), но и состояние эмоционально-волевой сферы, повышенную внушаемость, неспособность соизмерять и корригировать свои аффективные побуждения и поведение, неумение

ориентироваться в конкретной ситуации и адаптироваться в ней, нецеленаправленность в поступках. Состояние критических способностей является важнейшим критерием глубины олигофрении. Судебно-психиатрическая квалификация этих состояний связана с определением степени изменений психики.

Эпилепсия сравнительно редко встречается в судебно-психиатрической клинике подросткового возраста. Для начинающейся эпилепсии наиболее типичны ночные страхи, снохождения, немотивированные побеги из дома, расстройства настроения. Эпилептические припадки по сравнению с припадками у взрослых часто протекают атипично и абортивно. Аура нередко выражается висцеральными ощущениями (боли в животе, тошнота и др.), дисфории сопровождаются психомоторным беспокойством, возбуждением. Эпилептические изменения психики (тугоподвижность мышления, эпилептический характер и др.) в подростковом возрасте либо еще не сформировались, либо могут быть завуалированы ввиду моторного беспокойства, отвлекаемости. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии у подростков принципиально не отличается от таковой у взрослых.

Большое сходство с формирующимися психопатиями в подростковом возрасте (в судебно-психиатрической практике) нередко имеет шизофрения. Если в детских общепсихиатрических клиниках наблюдаются преимущественно острые формы этого хронического психического заболевания (манифестный период, состояние экзацербации), то экспертам-психиатрам чаще всего приходится видеть либо вяло текущие непрерывно прогредиентные формы с невыраженной психопатологической симптоматикой, медленным ее нарастанием, нечеткой динамикой и превалированием психопатоподобных расстройств, либо атипичные стертые шубы с неврозоподобными нарушениями, чаще всего перенесенные в прошлом, с последующим формированием психопатоподобного дефекта. Это создает очень большие диагностические трудности и нередко требует дифференциальной диагностики с психопатиями.

Распознавание шизофрении в подростковом возрасте имеет очень большое не только судебно-психиатрическое, но и социальное значение, поскольку неправильное установление диагноза шизофрении, сопровождающееся (в соответствии со ст. 11 УК РСФСР) экскульпацией, может способствовать убеждению в безнаказанности. Этот ошибочный диагноз неправомерно освобождает подростка от службы в армии, ограничивает выбор профессии, иногда приводит к возникновению рентных установок.

При массивности психопатоподобных проявлений иногда лишь отдельные симптомы заставляют заподозрить шизофрени-

ческий процесс. В некоторых случаях обращают на себя внимание безмотивный, импульсивный характер правонарушения, отсутствие адекватной реакции на совершенное или нелепая мотивация своих поступков, хотя нередко при ближайшем рассмотрении это получает понятное объяснение.

Поскольку шизофрения часто начинается в детском возрасте, при изучении анамнеза подростка следует обращать внимание на наличие в прошлом диффузных, безмотивных и беспредметных страхов, ранних беспричинных расстройств настроения с преобладанием тревоги или вялости, безразличия к окружающему (залеживается в постели, не причесывается, не умывается, отказывается от пищи и др.), а также на проявление холодности или неприязни к родителям с убеждением, что они не родные, на маломотивированные изменения поведения с исчезновением интереса к учебе, прежним увлечениям, появлением несвойственных ранее склонностей, неожиданных поступков.

Появление эмоциональной неадекватности, вспышек чрезмерного интереса к чему-либо со сверхценным отношением, склонность к непонятным интерпретациям должны служить поводом для более глубокого изучения состояния этих подростков. В пубертатный период при шизофрении наблюдается резкое заострение возрастных особенностей и усиление патологической замкнутости. Аффективные реакции становятся однообразными и не соответствующими поводу, идеи иных родителей, иного происхождения отчетливо становятся сверхценными и легко трансформируются в бред.

Нарастание указанных выше явлений, а также склонности к нелепым абстрактным построениям с оторванностью от реальности, учащение приступов вялости и безразличия, упорный отказ от учебы, приобретения профессии, неспособнось к какой-либо продуктивной деятельности, безмотивное и длительное бродяжничество, резкое усиление негативизма, внушаемости, постепенная стереотипизация облика подростка вместо расцвечивания «индивидуальности» и др. отличают психопатоподобную шизофрению у подростков от формирующихся психопатий. В отличие от конкретного и образного фантазирования психопатов фантазии у подростков, страдающих шизофренией, характеризуются однообразием, стертостью, оторванностью от реальности, потерей произвольности, нарушением критики.

Неспособность к целенаправленной деятельности, отсутствие реальных установок в сочетании с резким заострением возрастных особенностей (оппозиция ко всяким воспитательным воздействиям, общепринятому образу жизни, стремление к самоутверждению) приводят таких подростков к асоциальным и анти-

социальным формам поведения, к проповедыванию модных увлечений (хиппи, «новая» музыка и др.), возведению в идеал всевозможных отрицательных явлений (сексуальная распущенность, злоупотребление алкоголем, наркотиками и т. д.), к совершению правонарушений.

Естественно, что к невменяемым психически больным подросткам применяют меры медицинского характера в виде обычного или принудительного лечения в психиатрических больницах общего типа или направления под наблюдение районного психиатра, на попечение родных. В связи со спецификой подросткового возраста лечение этих несовершеннолетних следует осуществлять в подростковых отделениях общих психиатрических больниц.

В подростковом возрасте необходимо как можно раньше начинать лечение, так как чем меньший срок пройдет от начала заболевания, тем эффективнее окажутся терапевтические воздействия. При проведении лечения необходимо учитывать не только нозологическую форму психического заболевания, но, что очень важно, структуру психопатологических синдромов, возрастные особенности психики, включая особенности и глубину психической незрелости, а также индивидуальность подростка, особенности динамики его состояния и воздействия на него в прошлом отрицательных социально-психологических и психогенных факторов.

В современном большом арсенале психотропных препаратов необходимо индивидуально подбирать такие лекарственные комбинации, которые, с одной стороны, совместимы, а с другой — позволяют воздействовать на основные элементы клинической картины. Применение лекарственных комбинаций дает возможность ограничиваться малыми терапевтическими дозами препаратов. Лечение должно быть динамическим и сопровождаться контролем за соматическим состоянием.

Особое внимание следует обращать на аффективную патологию подростков, поскольку последняя не только затушевывает истинную клиническую картину, но часто является причиной неправильного поведения. Иногда минимальные дозы неулептила, триптизола, меллерила, седуксена, элениума, триоксазина (в комбинациях) хорошо устраняют аффективное напряжение и готовность к аффективным реакциям, уменьшают частоту и выраженность спонтанных расстройств настроения, невротических состояний, создавая условия для образования компенсаторных механизмов. Не следует пренебрегать таким испытанным и надежным средством, как сернокислая магнезия, которая при курсовом лечении внутримышечными инъекциями устраняет повы-

шенную возбудимость, раздражительность, истерическую симптоматику, а при органических поражениях способствует дегидратации.

В большинстве случаев (психопатии, органические поражения, олигофрении, эпилепсия и др.) решение вопроса о вменяемости зависит от степени психических нарушений. Вменяемыми признаются не только психически здоровые подростки, но и те, у которых психические отклонения не столь значительны, чтобы исключить способность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими (ст. 11 УК РСФСР). В связи с этим в исправительно-трудовые учреждения попадает много подростков с психическими отклонениями, главным образом из группы пограничных состояний. Такие подростки трудны для содержания в спецшколах, специальных ПТУ, колониях и нуждаются в специальном дифференцированном медико-педагогическом режиме.

Основными и неотъемлемыми условиями для эффективных медико-педагогических и профилактических мер являются тщательное изучение личности подростков с психическими отклонениями, разработка программы медико-педагогических воздействий с выделением разных групп подростков в зависимости от особенностей их психической аномальности, определение системы медико-воспитательных, педагогических и трудовых рекомендаций, а также специальная подготовка кадров специалистов для работы с ними.

Более широкое направление подростков-правонарушителей на судебно-психиатрическое освидетельствование (желательно стационарное) уменьшит число психически аномальных подростков, попадающих в колонии. В исправительно-трудовых учреждениях такое освидетельствование позволит сразу правильно группировать подростков и в каждой группе проводить целенаправленные медико-педагогические воздействия. Лечебно-адаптационные мероприятия далеко не всегда должны быть щадящими, важно способствовать выработке запретительных механизмов, ломке старого динамического стереотипа, созданию сильной положительной социальной доминанты.

Огромное социальное значение имеет профилактика трудного и антисоциального поведения подростков. Изучение микросредовых условий жизни и воспитания таких подростков показало большой процент (70—80) неблагополучия в их семьях и непосредственном окружении (как у психически здоровых, так и у несовершеннолетних правонарушителей с психическими отклонениями), что еще раз подтверждает социальную природу общественно опасного поведения и в известной степени определяет профилактику преступности несовершеннолетних. Эти меры

должны осуществляться как можно раньше, начиная со школы, детских комнат милиции, детских поликлиник, комиссий по делам несовершеннолетних. Педагоги и юристы должны работать в постоянном контакте с психологами и психоневрологами.

Очень важно создать ступенеобразную систему учреждений для трудновоспитуемых подростков (как психически полноценных, так и психически аномальных) с учетом особенностей их асоциальных тенденций и психической аномальности. При судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних вопрос об оценке свидетельских показаний подростков, выступающих в качестве свидетелей и потерпевших, требует специального рассмотрения.

В первом учебнике по судебной психиатрии (1936) Л. С. Юсевич подчеркивала, что сложность экспертизы несовершеннолетних заключается в ее многообразии и содержание ее находится в тесной зависимости от того, в какой роли выступает объект: обвиняемого, свидетеля или потерпевшего. Л. С. Юсевич (1950) указала также на разницу в возрасте несовершеннолетнего в зависимости от роли, в которой он выступает: среди обвиняемых подростки (согласно законодательству) младше 14 лет не встречаются, чаще это лица в возрасте 16—18 лет. Группа свидетелей и потерпевших более пестра по возрастному составу и нередко встречаются подростки моложе 14 лет.

Различно и отношение несовершеннолетних к судебно-следственному процессу: обвиняемые подростки часто принимают защитную позицию; свидетели и потерпевшие гораздо более доступны и откровенны, неправильности их показаний скорее вытекают из заблуждений. Каждое показание подростка связано с особенностями его личности и с той обстановкой, в которой происходило событие, с отношением к нему окружающих, толками, слухами, возникающими вокруг него.

Особенности личности несовершеннолетнего имеют свою возрастную специфику (неполнота и неточность восприятия и воспроизведения, склонность к вымыслам и фантазированию, внушаемость). Особенно значительна неточность воспоминаний в тех случаях, когда содержание их эмоционально окрашено. Это создает особую чувствительность ребенка к той «атмосфере», которая возникает вокруг происшедшего события, к тем толкам среди населения дома и двора, где оно произошло (Л. С. Юсевич, 1936).

Определенное влияние на свидетельские показания имеет и форма опроса подростка: утвердительная форма опроса может привести к оговору и самооговору. Что касается формулировки при оценке свидетельских показаний подростков, то в 30-е годы

текущего столетия эксперты-психиатры анализировали в своих заключениях «правдоподобность» высказываний несовершеннолетних и мотивы их искажений. В дальнейшем судебные психиатры (Я. М. Калашник, 1965; Д. Р. Лунц, 1966) сочли такую формулировку неправильной и высказывали мнение, что психиатры могут давать лишь оценку психической личности подростка, а заключение о достоверности его показаний может исходить лишь от судебно-следственных работников и иметь основанием объективные материалы уголовного дела.

Литература

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., «Медицина», 1964, 292 с.

Гурьева В. А. Некоторые материалы к изучению генеза и динамики становления психопатий в подростковом и юношеском возрасте.—«Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова», 1971, т. 71, в. 10, с. 1533—1538.

Кербиков О. В. К вопросу о понятии и классификации психопатии.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии (пограничные состояния). Вып. XIX. М., 1971, с. 9—18.

Ковалев В. В. О психогенных патологических формированиях (развитиях) личности у детей и подростков.—«Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова», 1969, т. 69, в. 10, с. 1543—1549.

Лакосина Н. Д. Об особенностях формирования личности.— В кн.: Проблемы личности. Т. 2. М., 1970, с. 98—103.

Лебединская К. С., Ротинян Н. С., Немировская С. В. Роль фактора ускоренного полового созревания в клинике психозов у детей.—«Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова», 1970, в. 70, с. 1517—1520.

Пыхтарев В. Н. Реактивные состояния у подростков.— В кн.: Проблемы судебной психиатрии. В. 10. М., 1970, с. 289—301.

Симсон Т. П., Модель М. М., Гальперин Л. И. Психоневрология детского возраста. М.—Л., Биомедгиз, 1935, 371 с.

Сканави Е. Е. Реактивные состояния военного времени в подростковом возрасте.— В кн.: Проблемы психиатрии военного времени. В. 4. М., 1945, с. 239—247.

Станишевская Н. Н., Тимофеев Н. Н., Фелинская Н. И. О комплексной судебно-психиатрической экспертизе.— В кн.: IV Всесоюзный съезд психологов в Тбилиси (проблемы судебной психологии). Тез. докл. М., 1971, с. 41.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М., Медгиз, 1959, 406 с.

Фелинская Н. И. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.— В кн.: Судебная психиатрия (руководство для врачей). М., «Медицина», 1965, с. 413—420.

Юсевич Л. С. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.— В кн.: Судебная психиатрия. М., 1950, с. 386—388.

Оглавление

Раздел первый

Общетеоретические и организационные вопросы судебной психиатрии

Раздел второй

Неврологические и лабораторные методы исследования в судебно-психиатрической клинике

Раздел третий

Частная судебная психиатрия (клиника и судебно-психиатрическое значение психических заболеваний)

ИБ № 702

Руководство по судебной психиатрии

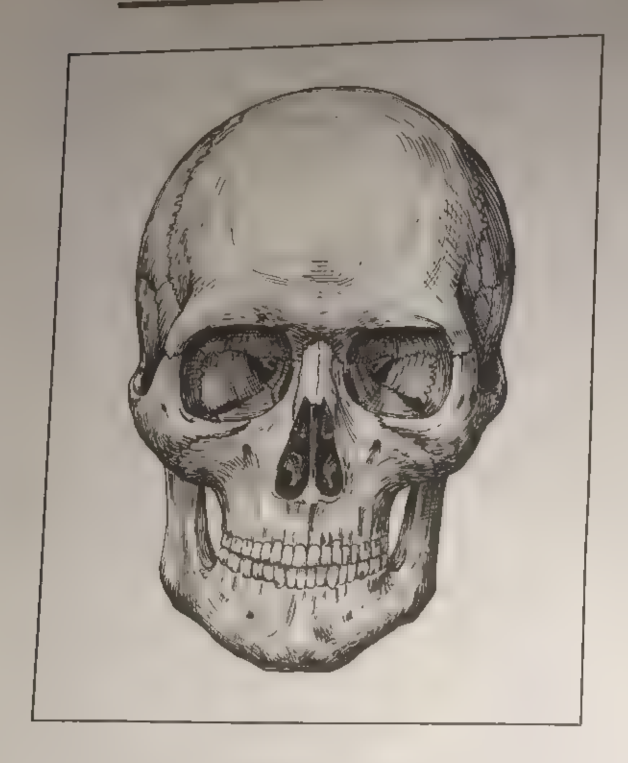
Редактор **В. Д. Москаленко**
Художественный редактор **Л. С. Бирюкова** Корректор **Т. А. Кузьмина**
Технический редактор **Н. К. Петрова** Переплет художника **Г. И. Мапуйлова**

Сдано в набор 2/III 1977 г. Подписано к печати 30/VI 1977 г. Формат бумаги $60\times84^{1}/_{16}$=25,0 печ. л. (условных 23,25 л.) 26,58 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2 Тираж 10 000 экз. Т02242 МН-77 Цена 2 р. 00 к.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8
Заказ № 1565. Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 113105, Нагатинская, 1.


Блеск


РУКОВОДСТВО ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ



АНАТОМИЯ ГОЛОВЫ ЧЕЛОВЕКА

Художник должен с первых штрихов метко характеризовать модель, которую он рисует с натуры, по памяти или представлению. Особенности общей формы головы человека в какой-то степени определяют и его психологию, характер. Для того чтобы научиться видеть строение головы, надо иметь определенные анатомические знания. Следует изучить типичные примеры, показывающие разницу и сходство форм.

На рисунке показан неравномерный рост костей черепа. Голова взрослого по сравнению с головой ребенка имеет целый ряд отличий. Характерными особенностями детского черепа являются относительно крупные формы костей собственно черепа и маленькие по сравнению с ними кости лица и хрящевого скелета носа. У ребенка до двух лет кости мозгового черепа — затылочная, теменная, лобная, височная и клиновидная — еще не соединены швами. Между ними располагаются роднички из мягкой соединительной ткани, затем роднички зарастают, превращаются в костные ткани, а кости соединяются швами.

У ребенка лобная пазуха не развита. Выступ лобной кости у детей глубже передней точки лба. У некоторых взрослых она тоже является передней точкой, но располагается выше, примерно на уровне лобных бугров (см. схему). У ребенка точка Л располагается посредине высоты головы, у взрослого размер Л — Тв (верхняя точка теменной кости) относится к размеру Л — П чаще всего как три к четырем, а у ребенка — как два к двум. Выбранная нами единица измерения примерно соответствует 3,3 см.

Средняя высота головы взрослого — 23 см, головы ребенка — 12 см (при общем росте 52 см). Обычно в высоту голова увеличивается в два раза (у разных людей несколько по-разному). Кости верхней части черепа вырастают в полтора раза и более, а кости нижней части головы, лицевые, вырастают более чем в два раза. Соотношение размеров высоты головы и ее глубины можно характеризовать как 4 к 4,5 у ребенка и 7 к 6 — у взрослого. Таким образом, мы видим, что у ребенка голова круглее, а у взрослого удлинена. Сильнее всего вырастает нижняя челюсть, у каждого человека ее форма индивидуальна. Отличие форм зависит от разных причин, например, от физического развития, наследственности, профессии человека.

Разницу между общей формой головы и лицевой определяют собственно череп, кости лица и хрящевой скелет носа. Для точного построения в начальной стадии рисунка сравнивают между собой основные формы черепа по высоте, ширине и глубине.

Можно определить четыре характерных типа черепа: 1) лобный, когда сильно развита лобная кость; 2) затылочный, когда развита затылочная кость и задние отделы черепа; 3) высокий, когда теменная кость вытянута вверх; 4) низкий, когда более развиты нижние отделы основания черепа. Первые три типа встречаются чаще.

Все детали черепа надо связывать с наружной формой головы человека и пронаблюдать их в жизни, найти мысленно внутри живой формы. Они необходимы для первоначального построения рисунка и для наблюдения за характером пропорций и разнообразием формы головы у разных людей.

Не забудьте — с самого начала следует установить в рисунке пропорции, индивидуальный характер, пространственную и конструктивно-анатомическую взаимосвязь между линией профиля и основной горизонтальной плоскостью головы, определяющих также и наклон, и ракурс, и положение уха, и местонахождение в рисунке глаз, носа, рта, других форм.

Интересно при помощи вспомогательной вертикальной линии, проведенной через самую глубокую точку носа (на схеме — Нв), пронаблюдать за разнообразием линии профиля у разных людей. У одних лоб уходит назад, у других — выдается вперед. У одних нижняя челюсть выдается вперед, у других — отступает назад. Линия профиля имеет чрезвычайно важное значение для портретного сходства, но ее необходимо связать с костной конструктивной основой головы. Каждый человек имеет свой неповторимый характер строения черепа. Только поняв пластическое своеобразие его форм, возможно жизненно правдиво изобразить голову человека. Для этого, дорогие ребята, надо постоянно помнить о важности изучения пластической анатомии.

Б. ГОРБУНОВ,
*преподаватель Московской сред...
художественной школы при инсти...
имени В. И. Сурикова*

Окончание. Начало см. в № 9

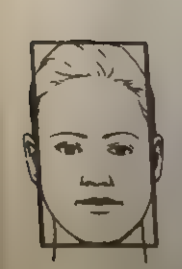
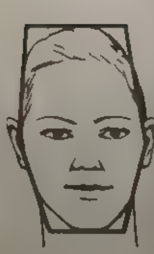
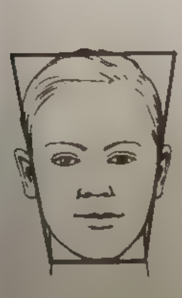
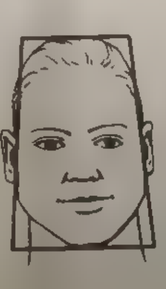
Рис. 1. Череп ребенка и взрослого. Условные обозначения: Л — лобная кость, Т — теменная кость, В — височная кость, З — затылочная кость, К — клиновидная кость, С — скуловая кость, Ч — верхняя челюсть, П — нижняя челюсть и форма подбородка, О — глазница (орбита), Н — форма носа (носовые кости и хрящевой скелет носа), Лп — передняя точка лба, Тв — верхняя точка головы.

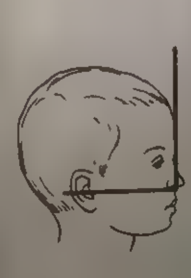
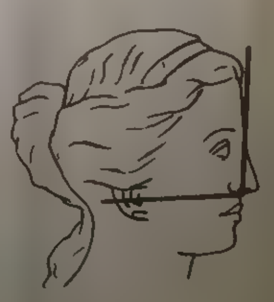
Рис. 2. Лобный, затылочный, высокий и низкий типы черепа. Условные обозначения:

Кости обозначаются так же, как на рисунке 1. Линии: ЛГ — линия основной горизонтальной плоскости, проходящая через верхние точки наружного слухового прохода Ву и ниже точки глазниц — О. ЛП — линия профиля, проходит через точки П, Н, Л. ЛВ — вертикальная плоскость, Лв — линия волос. Другие точки: Пб — подбородочный бугорок нижней челюсти; точки Пб слева и справа от точки П устанавливают ширину подбородка и ширину основания головы, различную у разных людей. Пу — угол нижней челюсти. Расстояние между точками Пу устанавливает ширину нижней челюсти, различную у разных людей. Нв — корень носа, точка назион.

Рис. 3. Четыре различные формы головы при рассмотрении ее спереди. Схема.

Рис. 4. Общий угол лицевого профиля. Слева менее 90 градусов, посредине — равен 90 градусам, а справа — более 90 градусов.

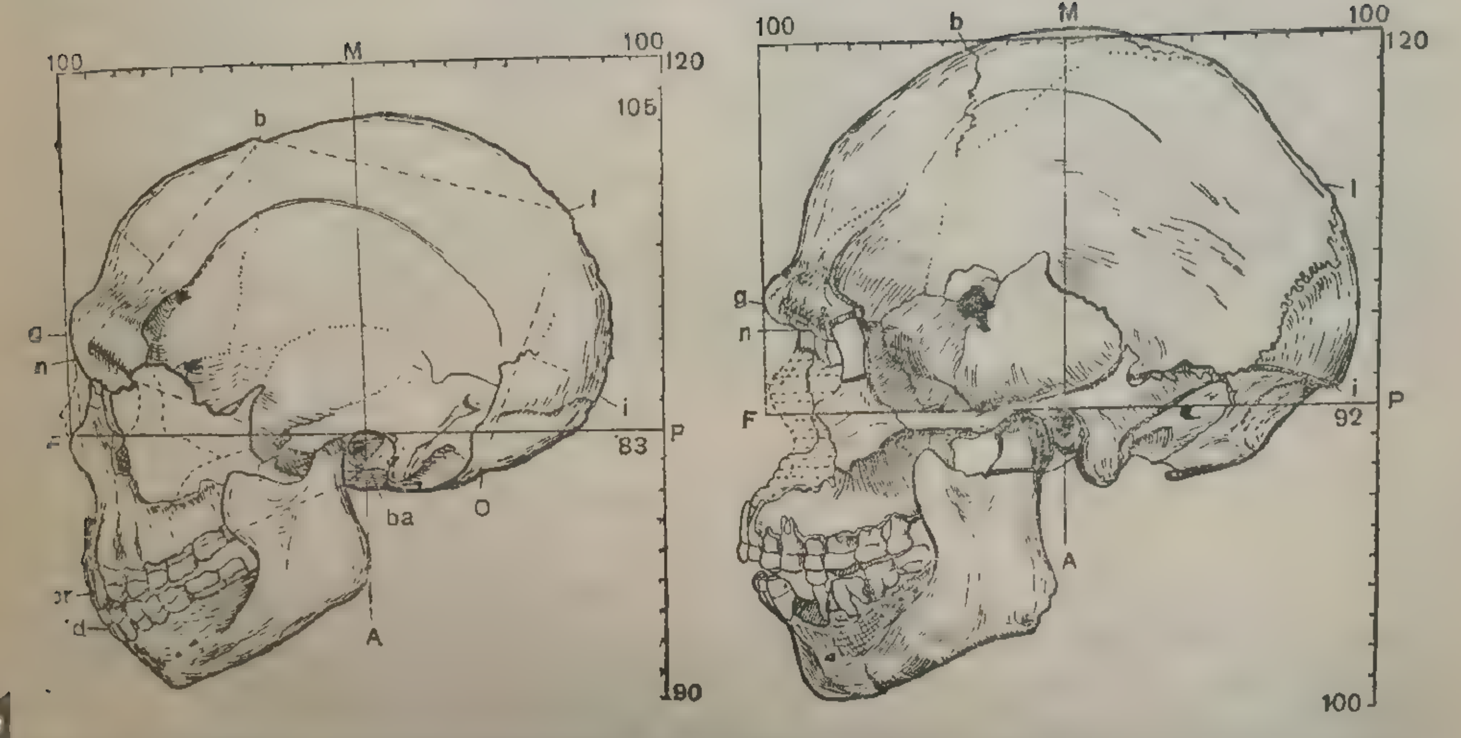


Рис. 36. Черепа неандертальцев из пещер Табун (слева) и Схул (справа).

FP — франкфуртская антропометрическая горизонталь; MA — линия, проходящая через верхнеушную точку; n — носовая точка — назион; g — передняя лобная точка — глабелла; b — точка на пересечении поперечного лобного (венечного) и продольного теменного (сагиттального) швов — брегма; l — точка на пересечении сагиттального и поперечного затылочного (ламбдовидного) швов — ламбда; i — точка на нижнезаднем крае затылочного поперечного валика — инион; цифры указывают миллиметры.



Рис. 103. Группа детей-наркоманов в учреждении для беспризорных.

нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привыкание ведет к тяжелой картине наркомании, более или менее одинаковой

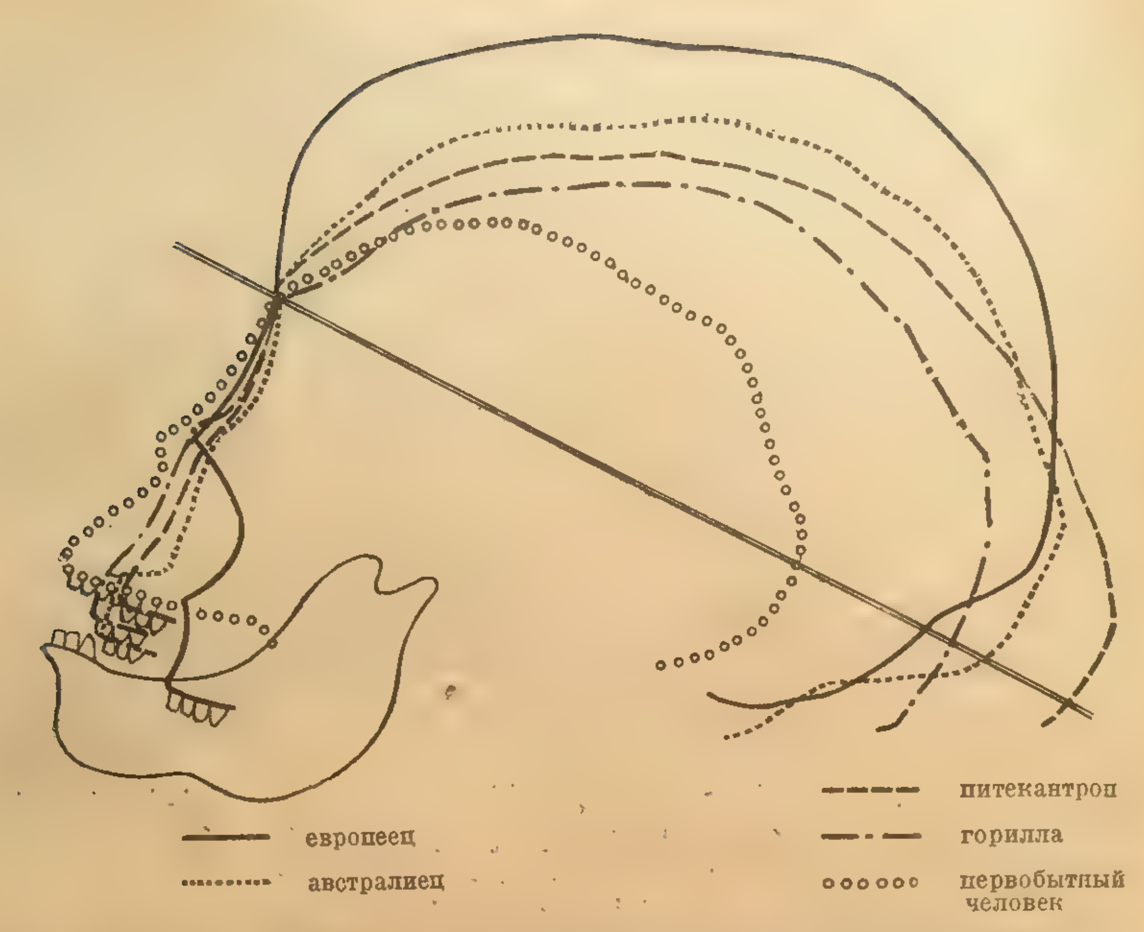
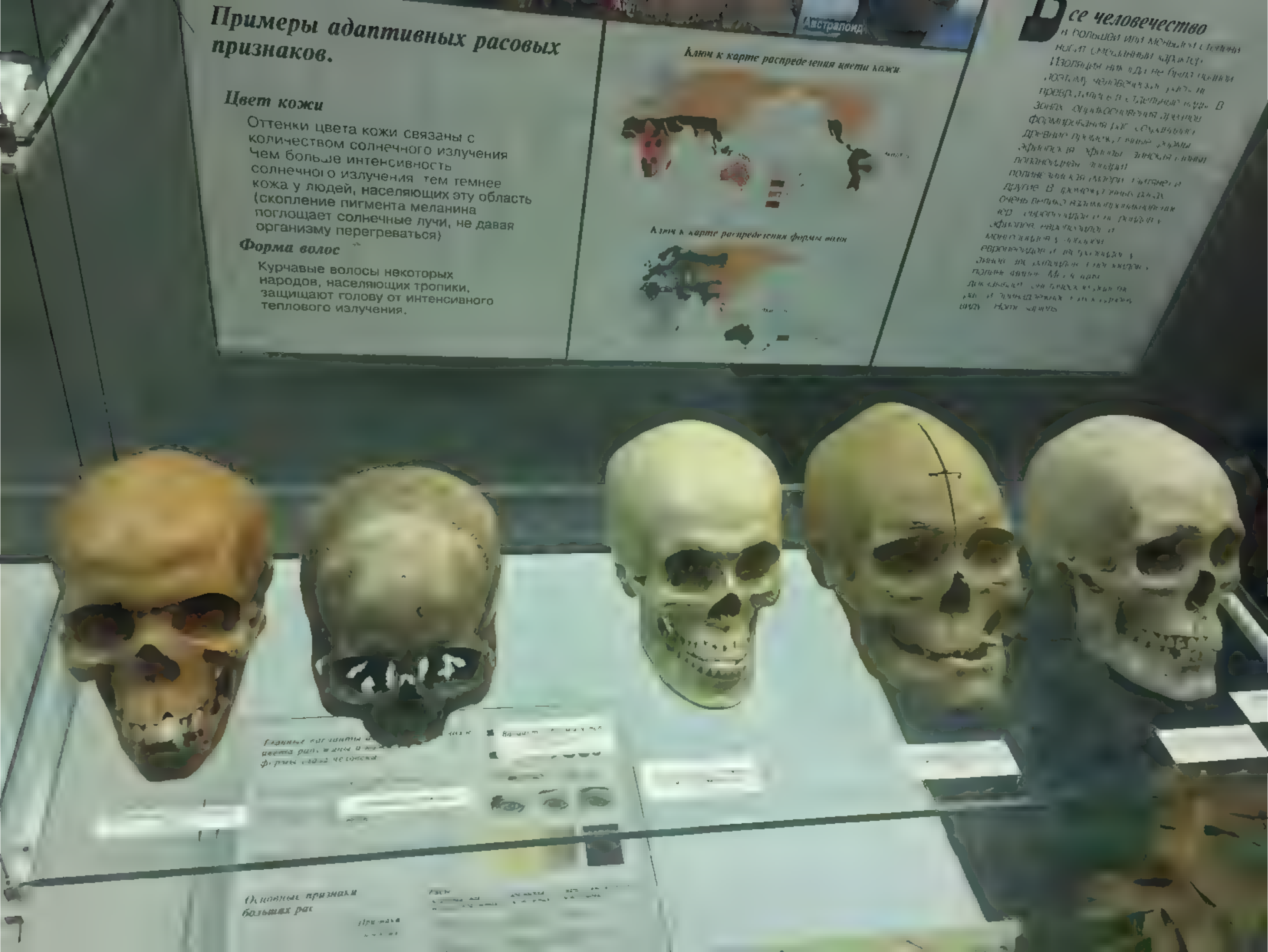


Рис. 18. Различные стенки прогнатизма у обезьяны и человека.



Рис. 19. Неправильное, частью несимметричное строение черепа и лица у олигофренов; оттопыренная ушная раковина у мальчика справа.

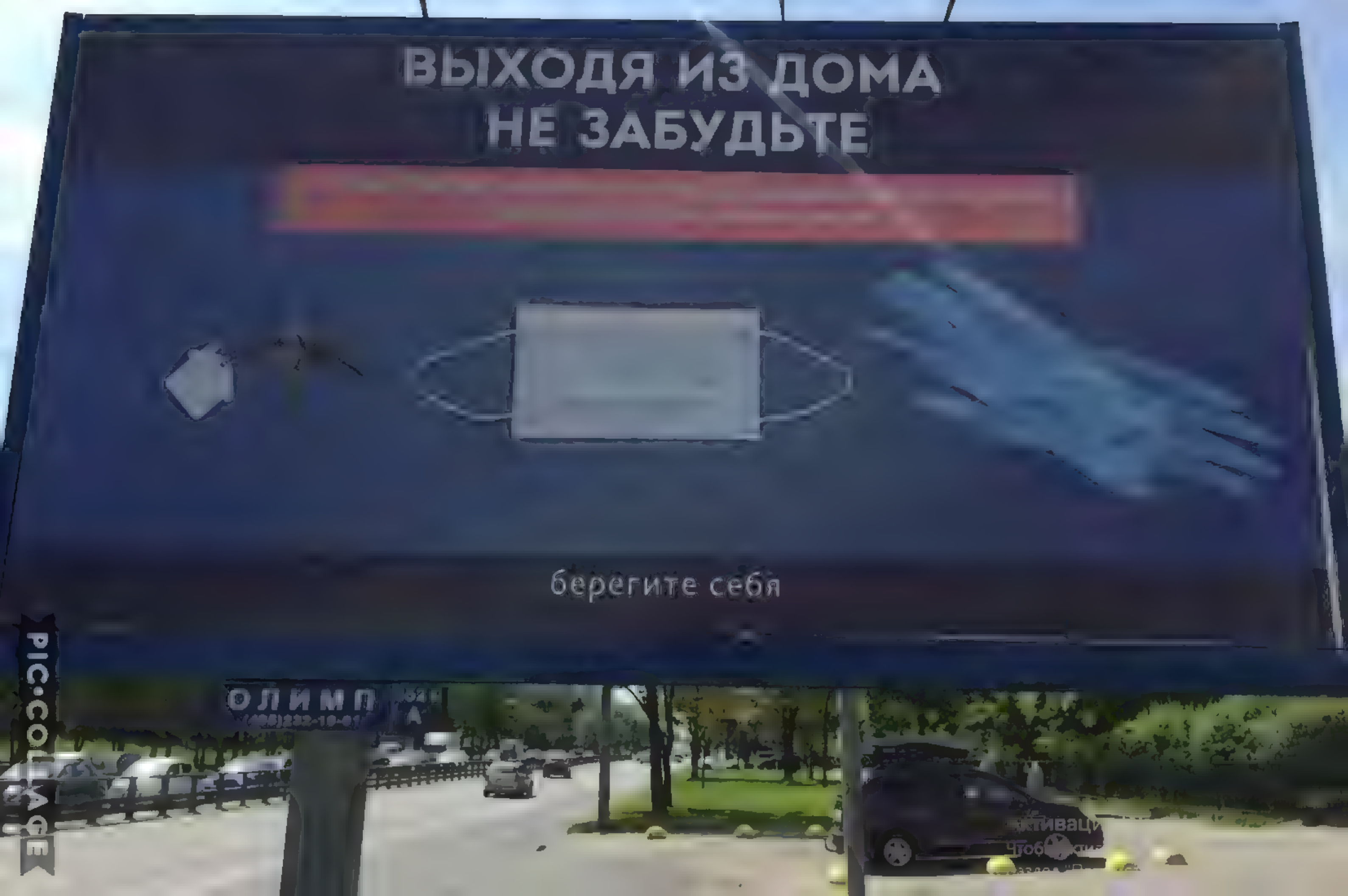

Примеры адаптивных расовых признаков.
Цвет кожи
Оттенки цвета кожи связаны с количеством солнечного излучения. Чем больше интенсивность солнечного излучения, тем темнее кожа у людей, населяющих эту область (скопление пигмента меланина поглощает солнечные лучи, не давая организму перегреваться)
Форма волос
Курчавые волосы некоторых народов, населяющих тропики, защищают голову от интенсивного теплового излучения.
Австралоид
Ключ к карте распределения цвета кожи.
Ключ к карте распределения формы волос
Все человечество
Основные признаки больших рас


Форма волос



Скелет орангутана


Первобытные люди


ВЫХОДЯ ИЗ ДОМА
НЕ ЗАБУДЬТЕ
берегите себя
ОЛИМП
PIC•COLLAGE

КАЖДЫЙ (!) ВИД обезьян ОТЛИЧАЮЩИЙСЯ от других обезьян это - ДРУГОЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД!

ВСЕ «челавеки» с РАЗНЫМИ ЛИЦАМИ это РАЗНЫЕ ВИДЫ «челавека».

У 9 из 10 «челавеков» с ОДИНАКОВЫМИ и ОЧЕНЬ ПОХОЖИМИ лицами будут ОДИНАКОВЫЕ мышление, ОДИНАКОВЫЙ характер, ОДИНАКОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОСТУПКИ (!), ОДИНАКОВЫЙ голос и манера разговора. ДАЖЕ у НЕ РОДСТВЕННИКОВ! Даже если ОДИНАКОВЫЕ «челавеки» РОДИЛИСЬ и ЖИВУТ в РАЗНЫХ странах и ДАЖЕ НА РАЗНЫХ КОНТИНЕНТАХ!

Ещё раз повторяю - у приматов С ОДИНАКОВЫМИ ХАРЯМИ почти всегда (в 9 случаях из 10) будет ОДИНАКОВЫЙ ХАРАКТЕР.

ОДИНАКОВЫХ приматов с ОДИНАКОВОЙ внешностью ОЧЕНЬ МНОГО!

Будь внимательней и замечай при общении с приматами, А ЛУЧШЕ ЗАПИСЫВАЙ в блокнот - У КОГО КАКОЙ ХАРАКТЕР.

Записи дополняй ФОТОГРАФИЕЙ того о ком идёт описание характера.

Ты ОЧЕНЬ БЫСТРО обнаружишь что у приматов С ОДИНАКОВОЙ ВНЕШНОСТЬ будут ОДИНАКОВЫЕ характеры!

Даже у НЕ РОДСТВЕННИКОВ! Даже у АБСОЛЮТНО ЧУЖИХ ДРУГ ДРУГУ граждан!



Неандертальцы

Неандертальцы, ископаемые древние люди, создавшие археологические культуры раннего палеолита. Скелетные остатки неандертальцев открыты в Европе, Азии и Африке. Время существования 200 — 35 тыс. лет назад. *Как установили исследования генетического материала неандертальцев, они, видимо, не являются прямыми предками современного человека.*



Портреты Пещерных говорящих приматов из книги «люди Каменного века», автор М.М. Герасимов. 1964 г.

они действительно вымерли?



Современная гуманитарная академия

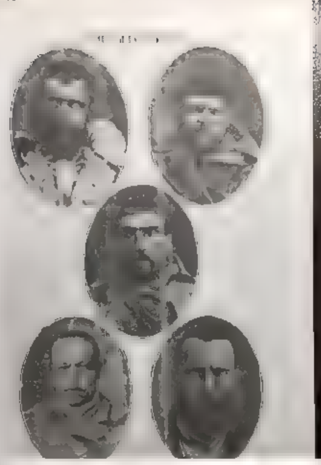
Н.С. Лобас
бывший врач сахалинских каторжных тюрем

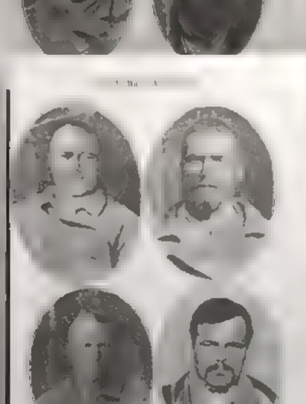
УБИЙЦЫ

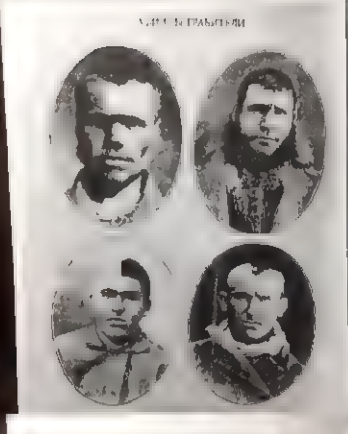
(Некоторые черты психофизики преступников)
Со снимками преступников



Москва 2008







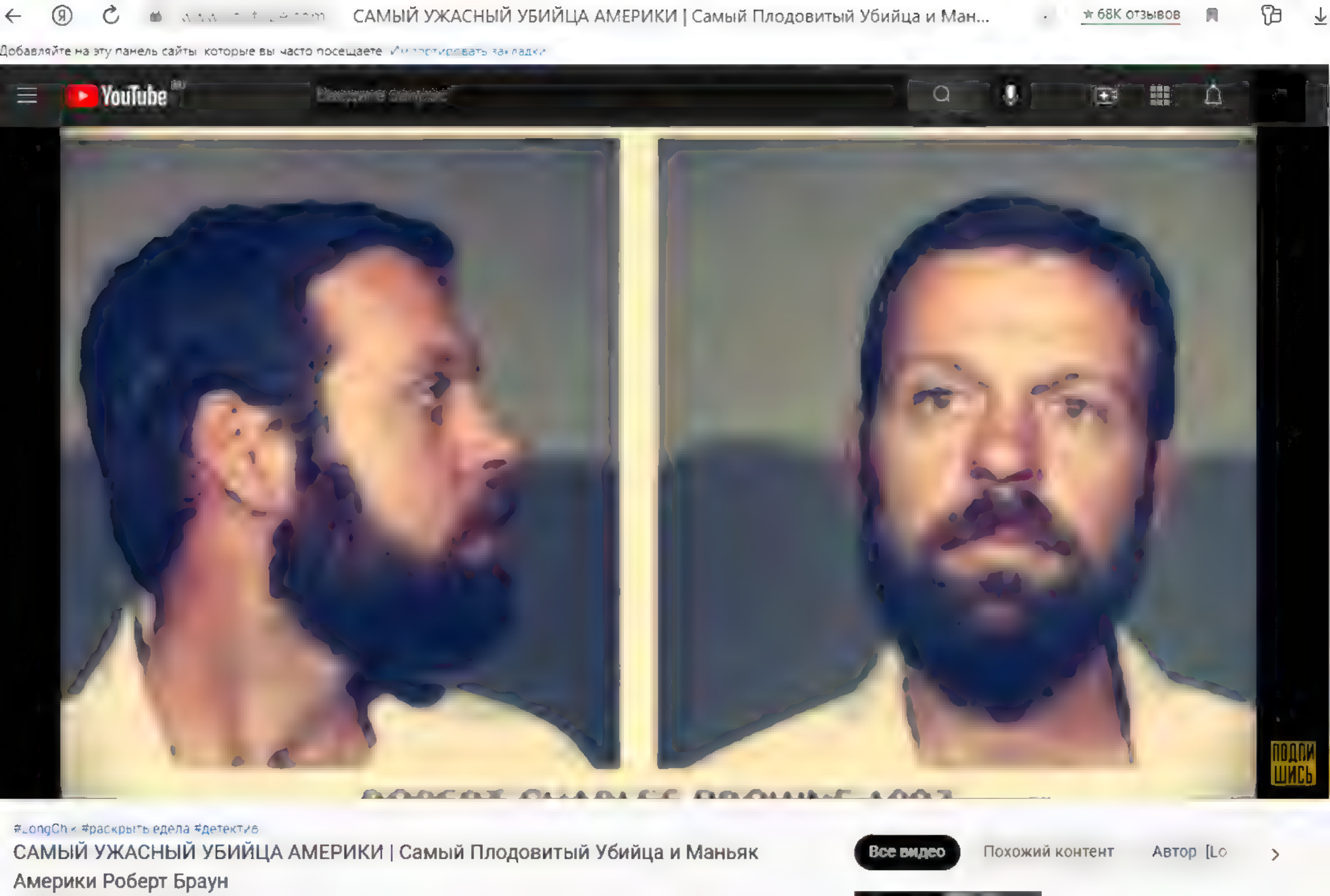




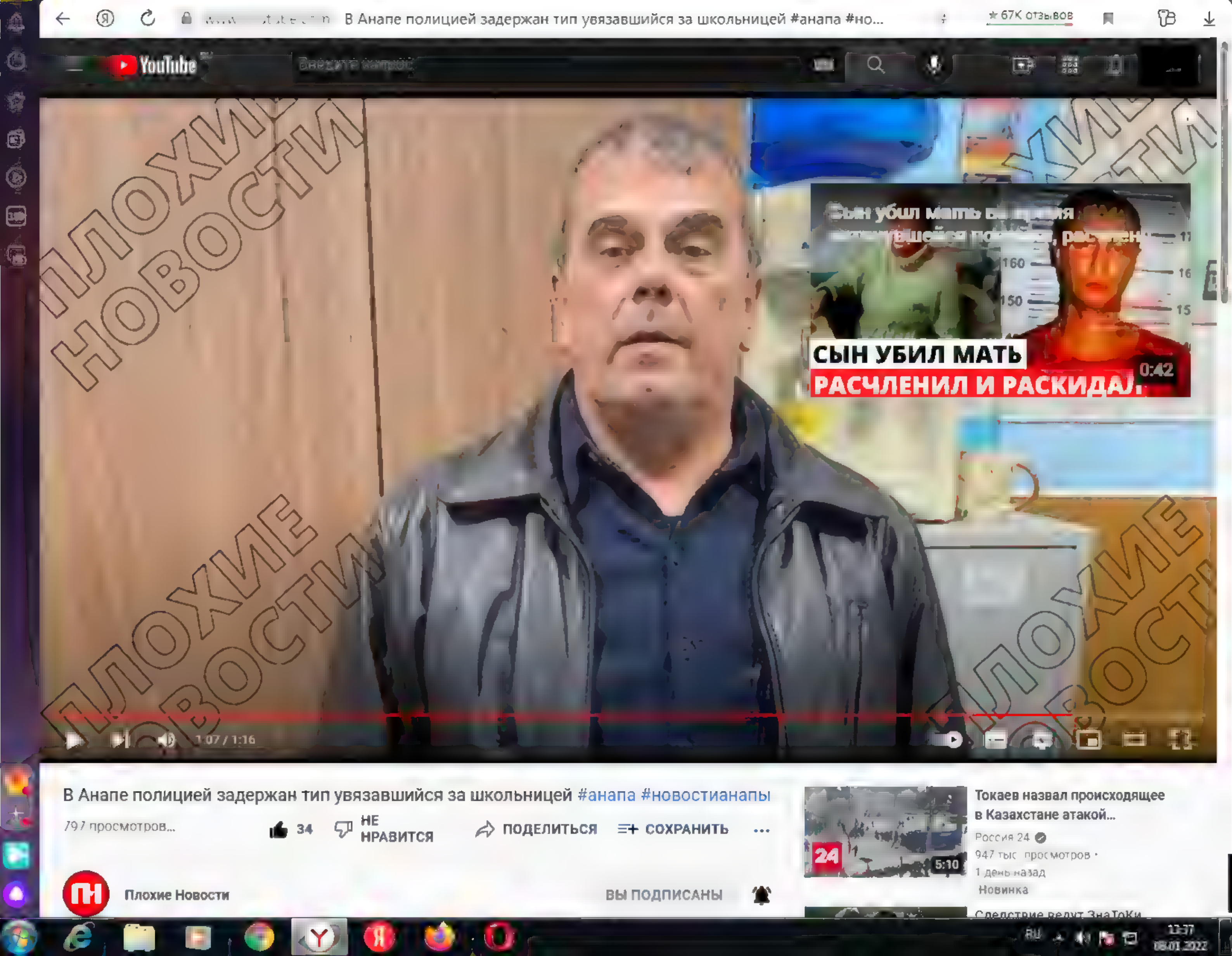


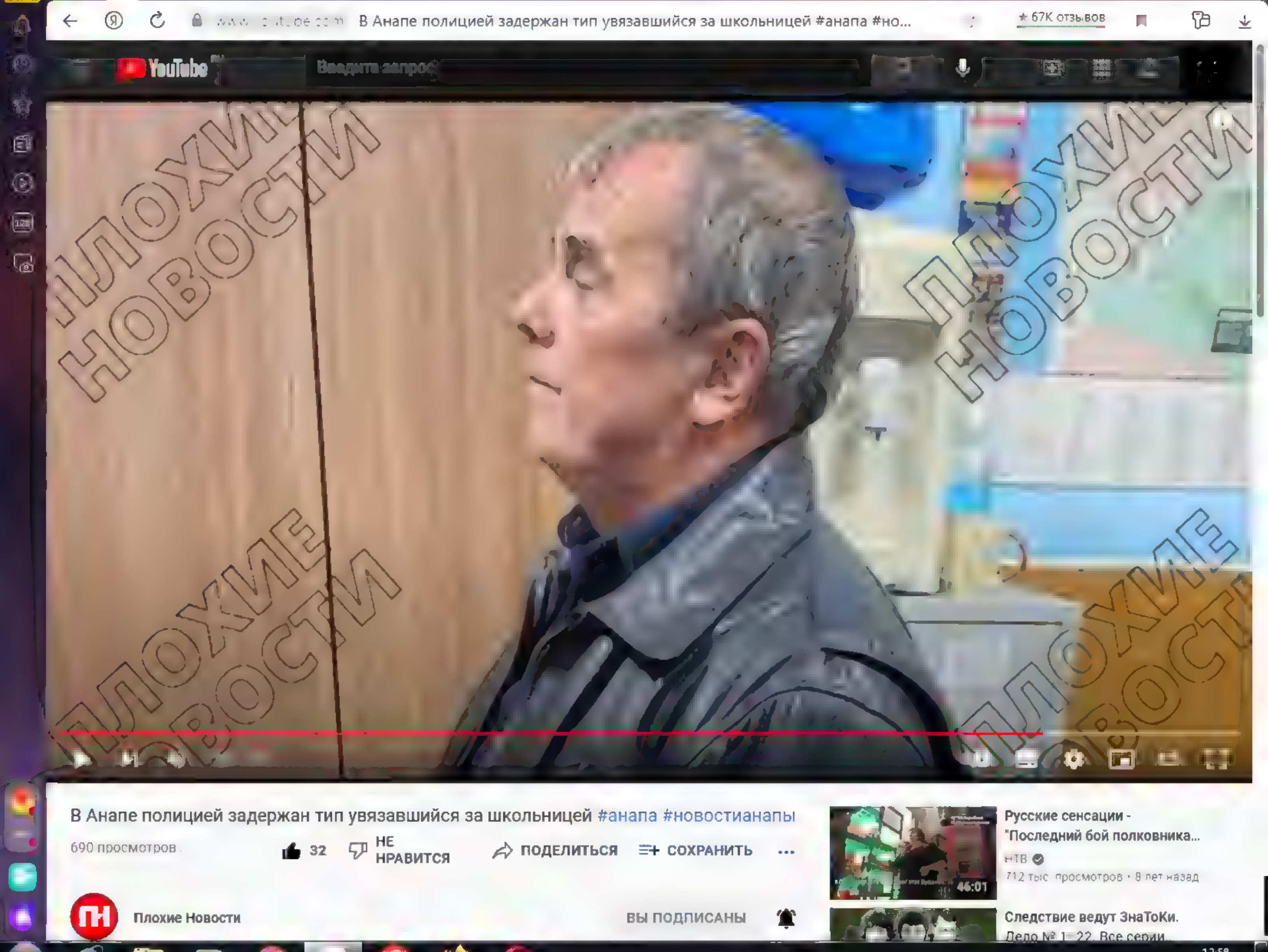


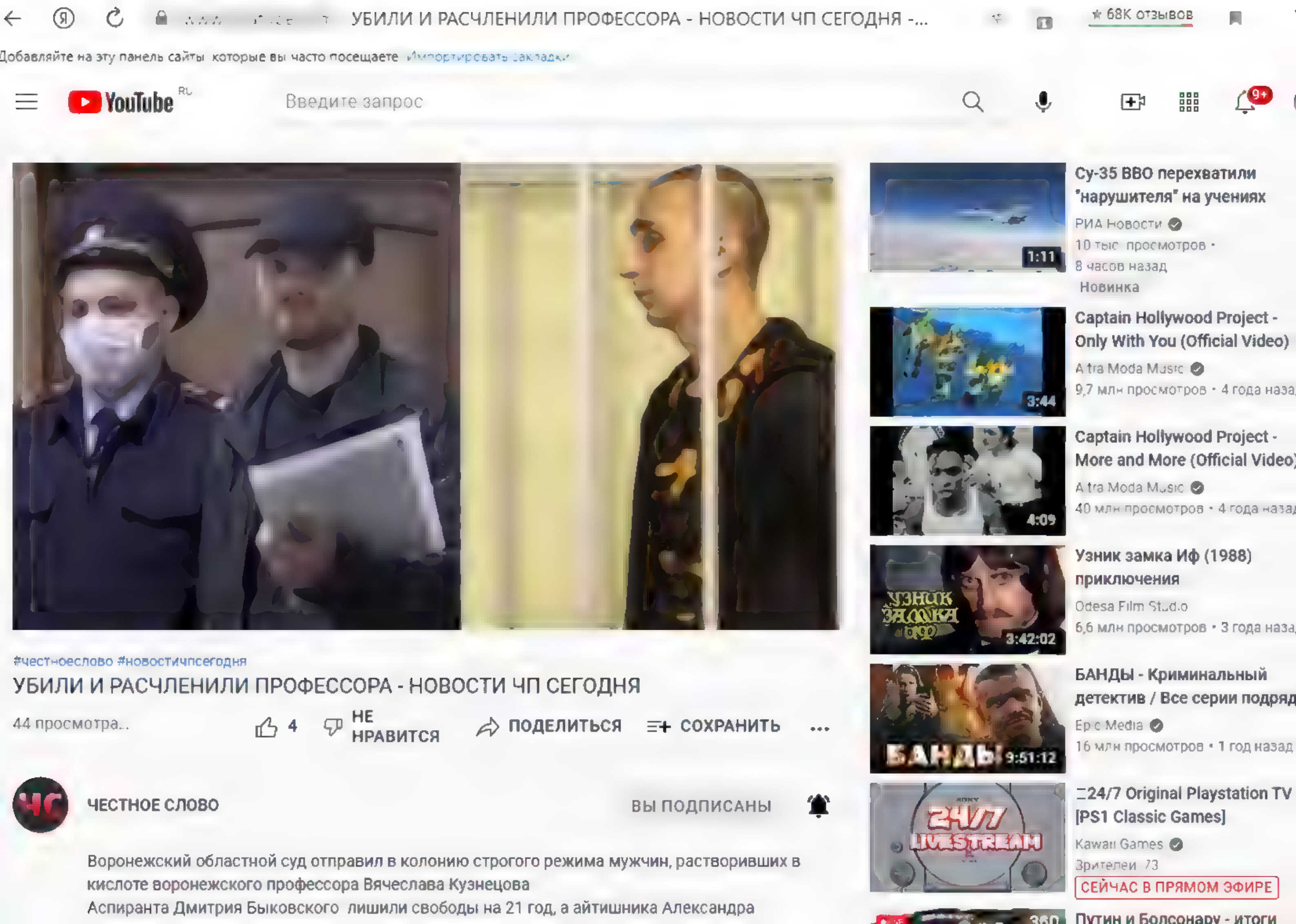
САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Ман...
68K отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете. Импортировать закладки
YouTube
Введите запрос
FT
6:13 / 14:40
ПОДПИШИСЬ
#LongChik #раскрытыедела #детектив
САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Маньяк Америки Роберт Браун
Все видео
Похожий контент
Автор [Lo



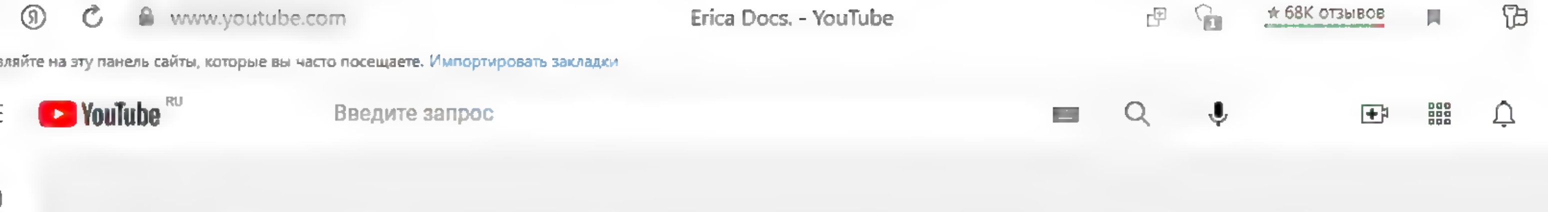
САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Ман...
68К отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
ПОДПИШИСЬ
САМЫЙ УЖАСНЫЙ УБИЙЦА АМЕРИКИ | Самый Плодовитый Убийца и Маньяк Америки Роберт Браун
Все видео
Похожий контент
Автор

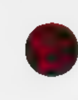

В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #но...
67К отзывов
YouTube
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
СЫН УБИЛ МАТЬ
РАСЧЛЕНИЛ И РАСКИДАЛ
0:42
1:07 / 1:16
В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #новостианапы
797 просмотров...
34
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
Плохие Новости
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Токаев назвал происходящее в Казахстане атакой...
Россия 24
947 тыс. просмотров •
1 день назад
Новинка
5:10
24
RU
13:37
08.01.2022


В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #но...
67К отзывов
YouTube
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
ПЛОХИЕ НОВОСТИ
В Анапе полицией задержан тип увязавшийся за школьницей #анапа #новостианапы
690 просмотров
32
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
Плохие Новости
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Русские сенсации - "Последний бой полковника...
НТВ
712 тыс. просмотров · 8 лет назад
46:01
Следствие ведут ЗнаТоКи. Дело № 1-22. Все серии.
RU
12:58



УБИЛИ И РАСЧЛЕНИЛИ ПРОФЕССОРА - НОВОСТИ ЧП СЕГОДНЯ -...
68К отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
Введите запрос
Су-35 ВВО перехватили "нарушителя" на учениях
РИА Новости
10 тыс. просмотров • 8 часов назад
Новинка
1:11
Captain Hollywood Project - Only With You (Official Video)
Attra Moda Music
9,7 млн просмотров • 4 года назад
3:44
Captain Hollywood Project - More and More (Official Video)
Attra Moda Music
40 млн просмотров • 4 года назад
4:09
Узник замка Иф (1988) приключения
Odesa Film Studio
6,6 млн просмотров • 3 года назад
3:42:02
БАНДЫ - Криминальный детектив / Все серии подряд
Epic Media
16 млн просмотров • 1 год назад
9:51:12
24/7 Original Playstation TV [PS1 Classic Games]
Kawaii Games
Зрителей: 73
СЕЙЧАС В ПРЯМОМ ЭФИРЕ
24/7 LIVESTREAM
Путин и Болсонару - итоги
#честноеслово #новостичпсегодня
УБИЛИ И РАСЧЛЕНИЛИ ПРОФЕССОРА - НОВОСТИ ЧП СЕГОДНЯ
44 просмотра
4
НЕ НРАВИТСЯ
ПОДЕЛИТЬСЯ
СОХРАНИТЬ
ЧЕСТНОЕ СЛОВО
ВЫ ПОДПИСАНЫ
Воронежский областной суд отправил в колонию строгого режима мужчин, растворивших в кислоте воронежского профессора Вячеслава Кузнецова
Аспиранта Дмитрия Быковского лишили свободы на 21 год, а айтишника Александра





Erica Docs. 2 дня назад

⚡⚡⚡ В 2019 году был задержан маньяк, который на протяжении 12 лет насиловал женщин в родном городе Тулуне. Изворотливость и изощренный ум позволили ему очень долго находиться вне подозрений правоохранительных органов.

Видео: https://youtu.be/_MJPyC2q6n0

Свернуть


Homo Neanderthal
Одинаково Неандертальцы
Неандертальцы
ьцы, ископаемые древние люди создавшие
еские культуры раннего палеолита Скелетные
еандертальцев открыты в Европе, Азии и Африке.
ществования 200 — 35 тыс. лет назад Как установили
ания генетического материала неандертальцев они
не являются прямыми предками современного
ка
Shared
Нет нет
неандертальцы
давно вымерли.
Я человек.
Совпадения
случайны.
Homo одинаково

В Питере задержан тип пристававший к 13-летней девочке в метро, с кол...

★ 67К отзывов

YouTube

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

ГОРЯЧИЕ НОВОСТИ

1:17 / 2:12

#новости #горячиеновости #новостисегодня

В Питере задержан тип пристававший к 13-летней девочке в метро, с коллекцией детского видео

196 просмотров

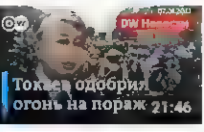
 5

НЕ НРАВИТСЯ



ПОДЕЛИТЬСЯ

СОХРАНИТЬ



В Казахстане разрешен огонь на поражение: на руку ли...

DW на русском

280 тыс. просмотров •

16 часов назад

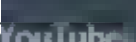
Новинка

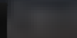
Следствие ведут ЗнаТоКи

RU

13:43

08.01.2022








Введите запрос

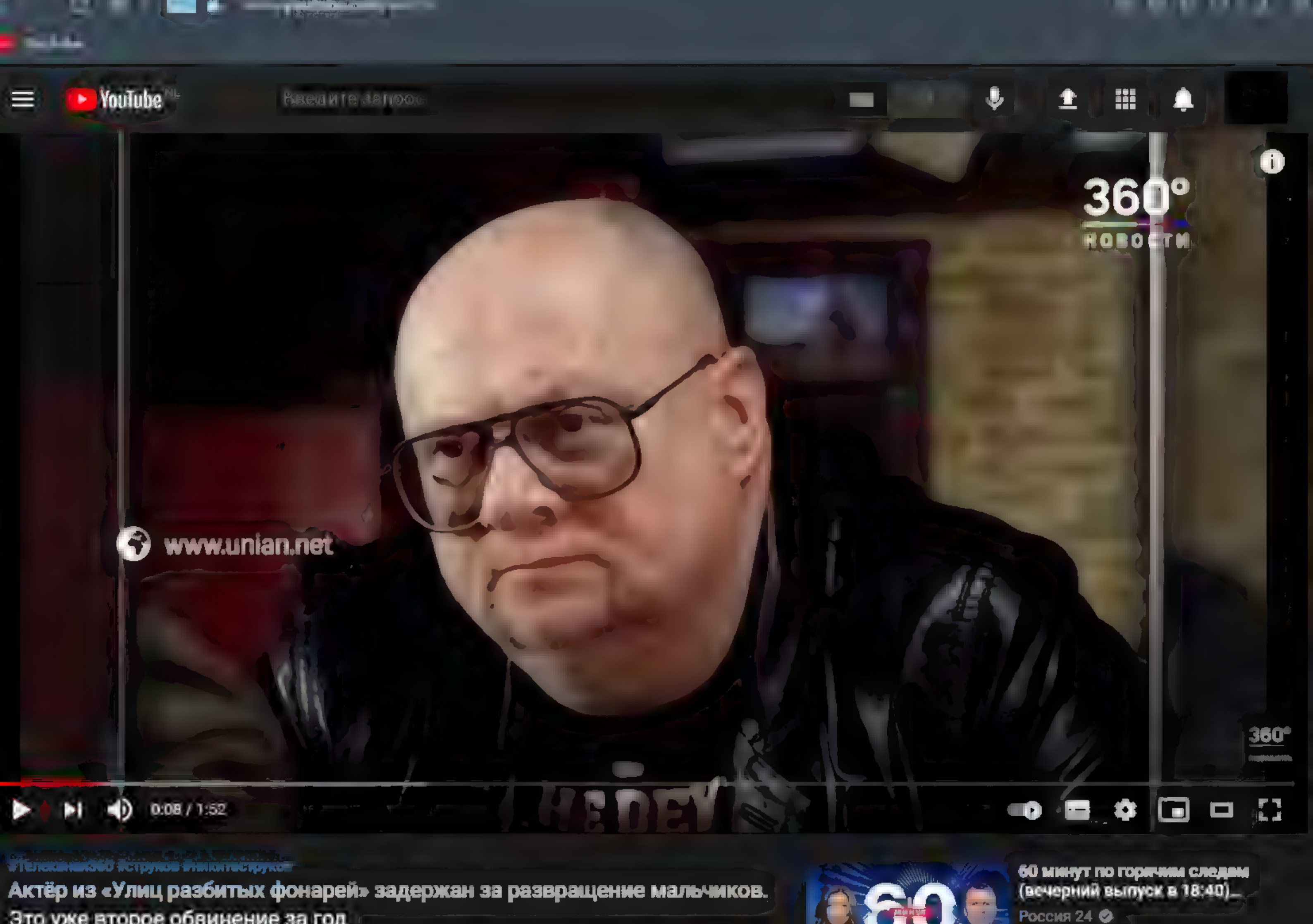


Телеканал 360 4 часа назад

ВИДЕО https://youtu.be/KPw1xsUkC2A

Женщина пытается лишить убийцу дочери доли собственности в их общей недвижимости. А суд встаёт на сторону психически нездорового гражданина.




YouTube
Введите запрос
360°
НОВОСТИ
www.unian.net
0:08 / 1:52
#Телеканал360 #стрyков #никитастрyков
Актёр из «Улиц разбитых фонарей» задержан за развращение мальчиков.
Это уже второе обвинение за год
60 минут по горячим следам
(вечерний выпуск в 18:40)...
Россия 24

ОН СЪЕДАЛ СВОИХ ЖЕРТВ | Серийный Убийца и Каннибал Оттис Тул - Y...  ★ 68K отзывов 

Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете. Импортировать закладки

YouTube Введите запрос

ПОДПИШИСЬ

#LongChik #раскрытыедела #детектив

ОН СЪЕДАЛ СВОИХ ЖЕРТВ | Серийный Убийца и Каннибал Оттис Тул

Все видео

Автор [Long Chik] Неразгад...

YouTube

Введите запрос

Телеканал 360 4 часа назад

ВИДЕО с

На протяжении почти 30 лет он насиловал и убивал женщин. Своё последнее преступление он совершил за 5-ть дней до ареста. В общей сложности его жертвами стали 29-ть женщин...



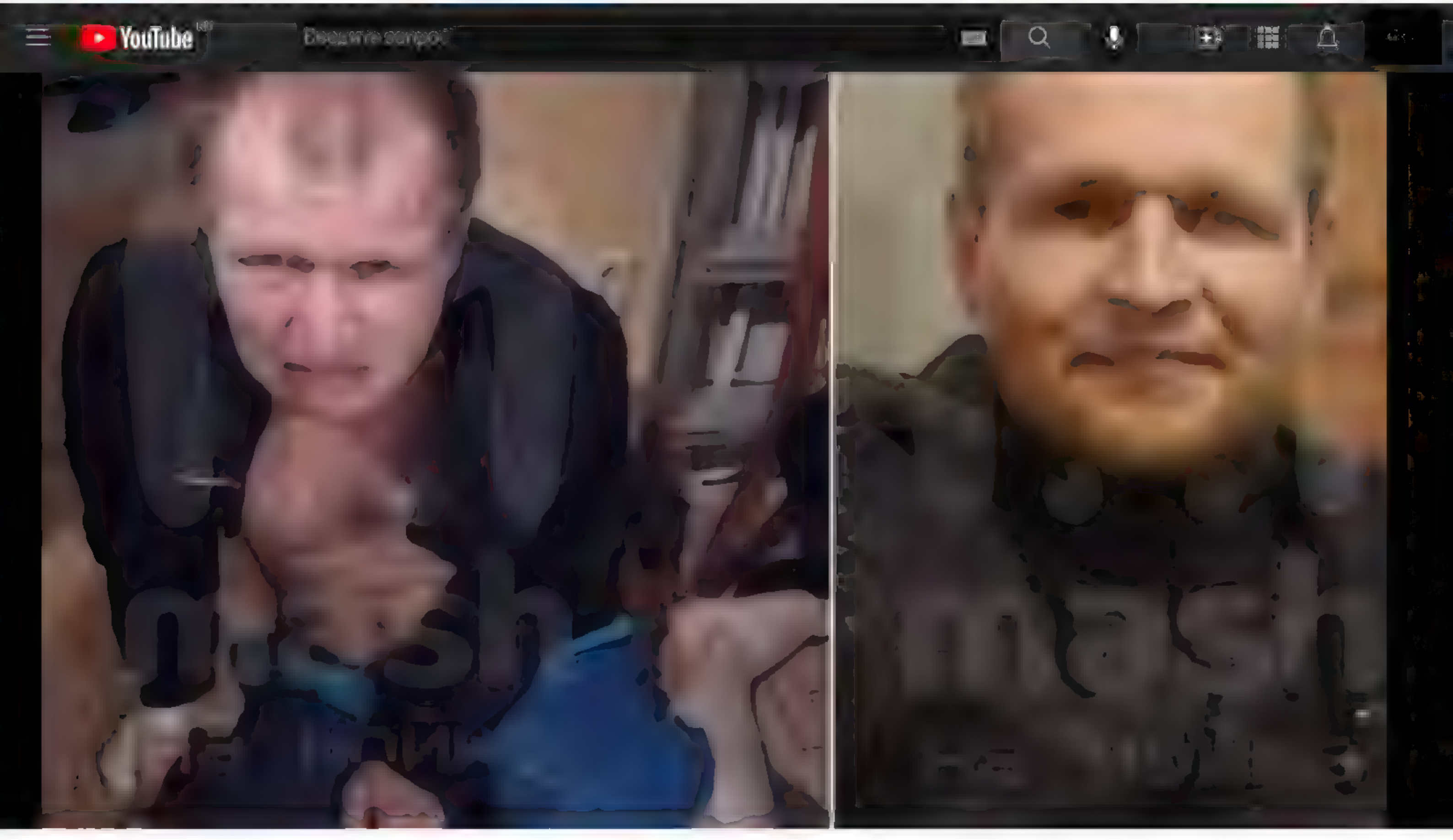
ОН «МАНЬЯЧИЛ» ПОЧТИ 30 ЛЕТ

252

В Петербурге задержали мужчину, зарезавшего продавца - YouT...

★ 68K отзывов

Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете Импортировать закладки



#чп #последниеновости #мировыеновости

В Петербурге задержали мужчину, зарезавшего продавца

Все видео | Похожий контент | Последни-

Водитель автобуса в Балакове зажал дверями ГОЛОВУ девочке и...

★ 68K отзывов

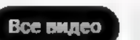
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете Импортировать закладки

YouTube Введите запрос

0:04 / 1:49

#чп #последниеновости #мировыеновости

Водитель автобуса в Балакове зажал дверями ГОЛОВУ девочке из за неоплаченного проезда



Все видео

Просмотрено


Ясно, что это?
неандерталец, разумный и много болтающий подлый гоминид.

Вынес в пакетах из-под мусора: чиновник расчленил «мисс Кузбасс» и вы...

★ 68K отзывов

YouTube

ПОДРОБНОСТИ.

#телеканал360 #мисскузбасс #преступление

Вынес в пакетах из-под мусора: чиновник расчленил «мисс Кузбасс» и выкинул в реку

15 604 просмотра






Итоги встречи Зеленского с Джонсоном. Прямая...

Телеканал 360

Зрителей: 399

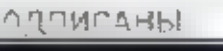
СЕЙЧАС В ПРЯМОМ ЭФИРЕ

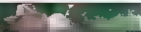
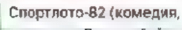


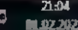
Телеканал 360

ВЫ ПОДПИСАНЫ

Спортлото-82 (комедия,

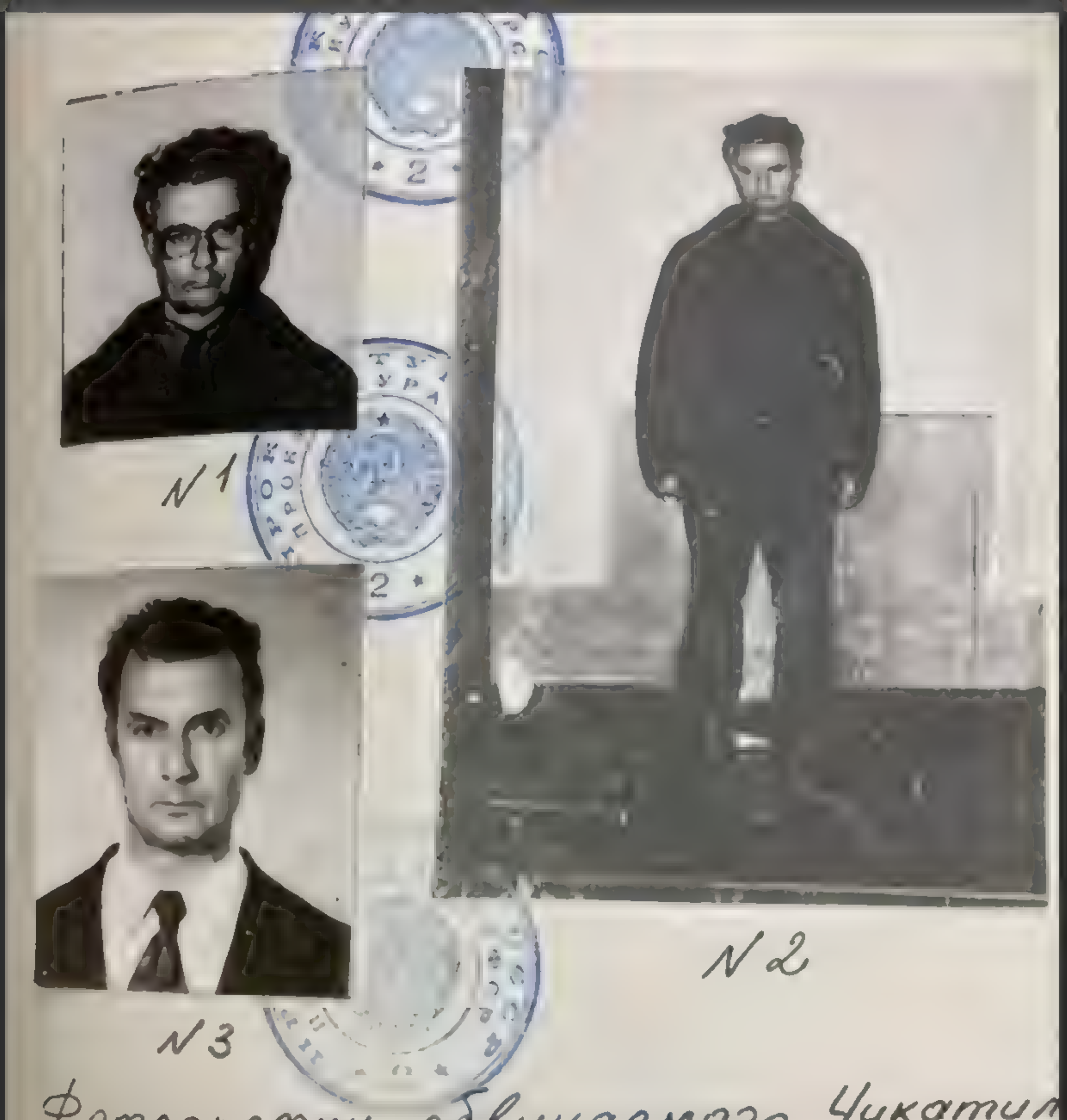


RU 21:04



Задержанный А.Р.Чикатило. 1990 г.





Фотографии обвиняемого Чикатил
которые предъявлялись на опознание
супругам Прокопенко, сторожам базы
отдыха шахты им. „В. И. Ленина". Новошах
тинска.



YouTube

YouTube UA

Введите запрос











Телеканал 360 3 часа назад

ВИДЕО https://youtu.be/[illegible]

Скопинский маньяк выходит из тюрьмы спустя 17 лет заключения в колонии строгого режима. Виктор Мохов держал несовершеннолетних девушек в глубоком бункере, насиловал, ограничивал во всём почти 4 года. Свою вину жестокий истязатель так и не признал.

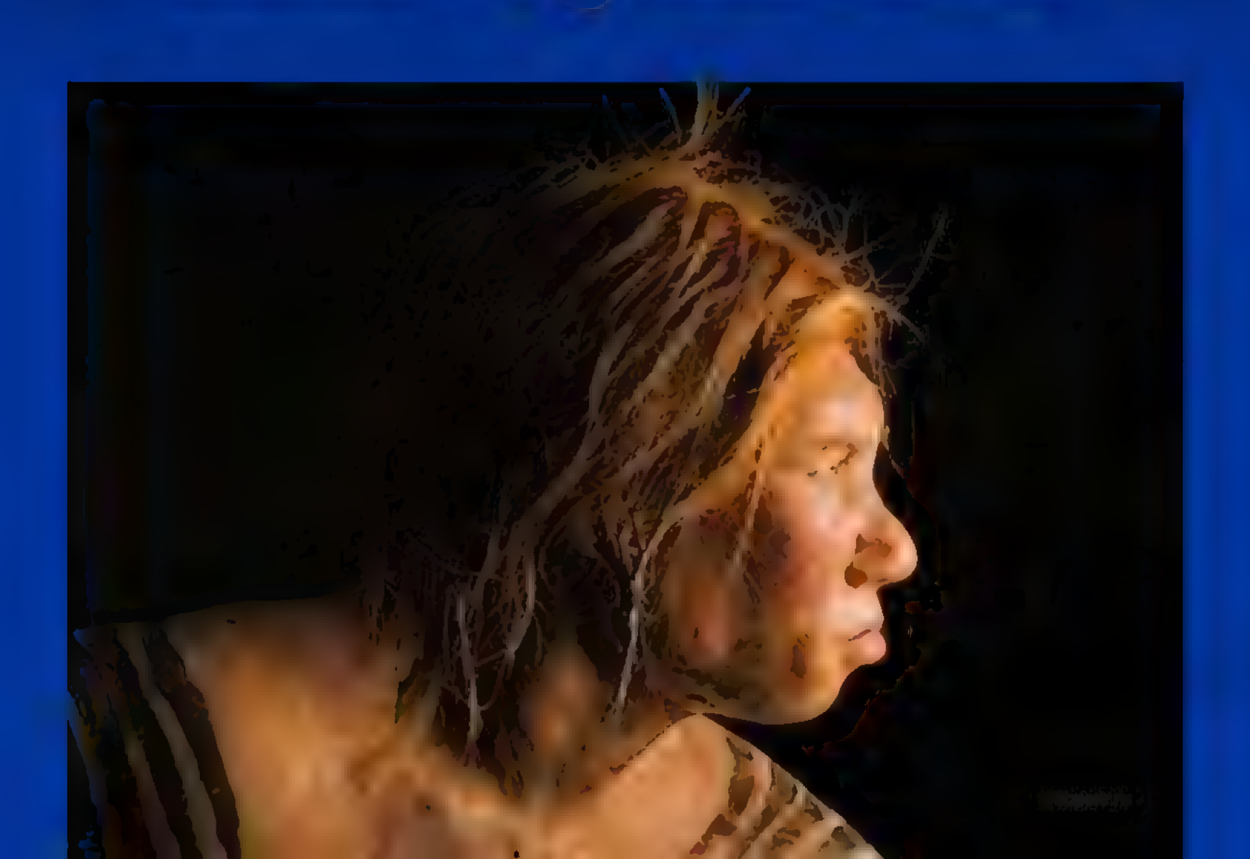


LIVE

СКОПИНСКИЙ МАНЬЯК ВЫХОДИТ ИЗ ТЮРЬМЫ

ТРАНСЛЯЦИЯ ОТ КОЛОНИИ

Женщины неандертальцы



Антропологическое Изслѣдованіе

Женщины-Убійцы.

ВРАЧА

П. Н. Тарновской.

Съ 163 рисунками

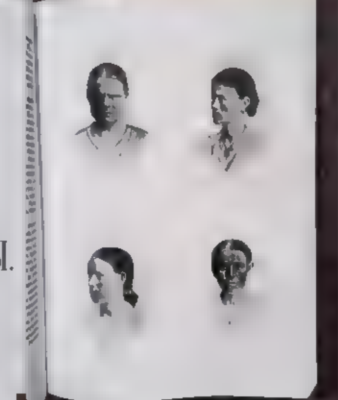
и

8 антропометрическими таблицами

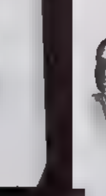
С.-ПЕТЕРБУРГЪ

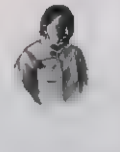
[illegible]

1902

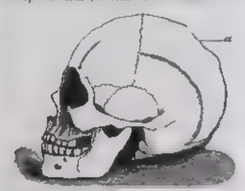






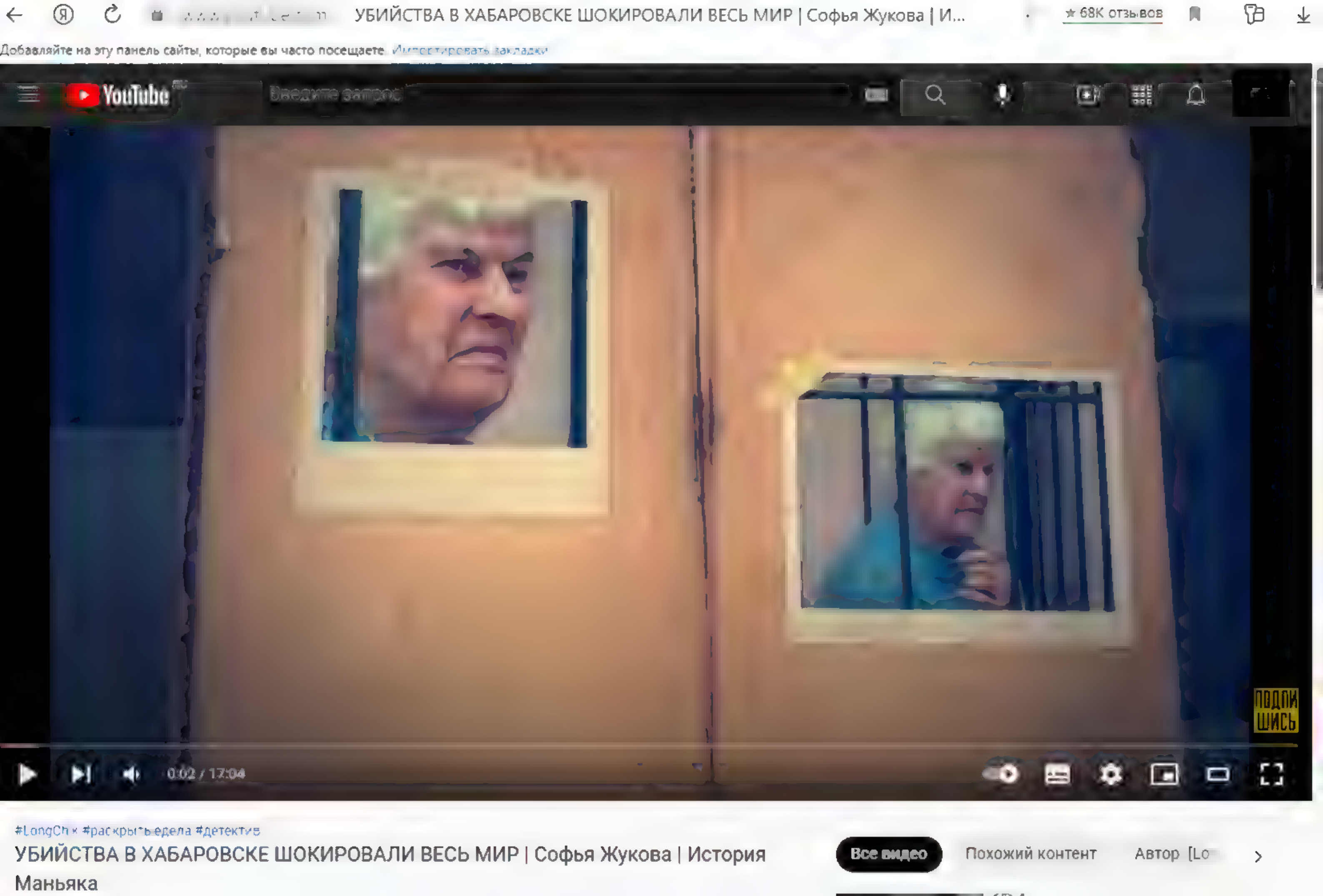











УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | И...
68К отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
ПОДПИШИСЬ
0:02 / 17:04
УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка
Все видео
Похожий контент

УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | И...

★ 68K отзывов

Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете

YouTube

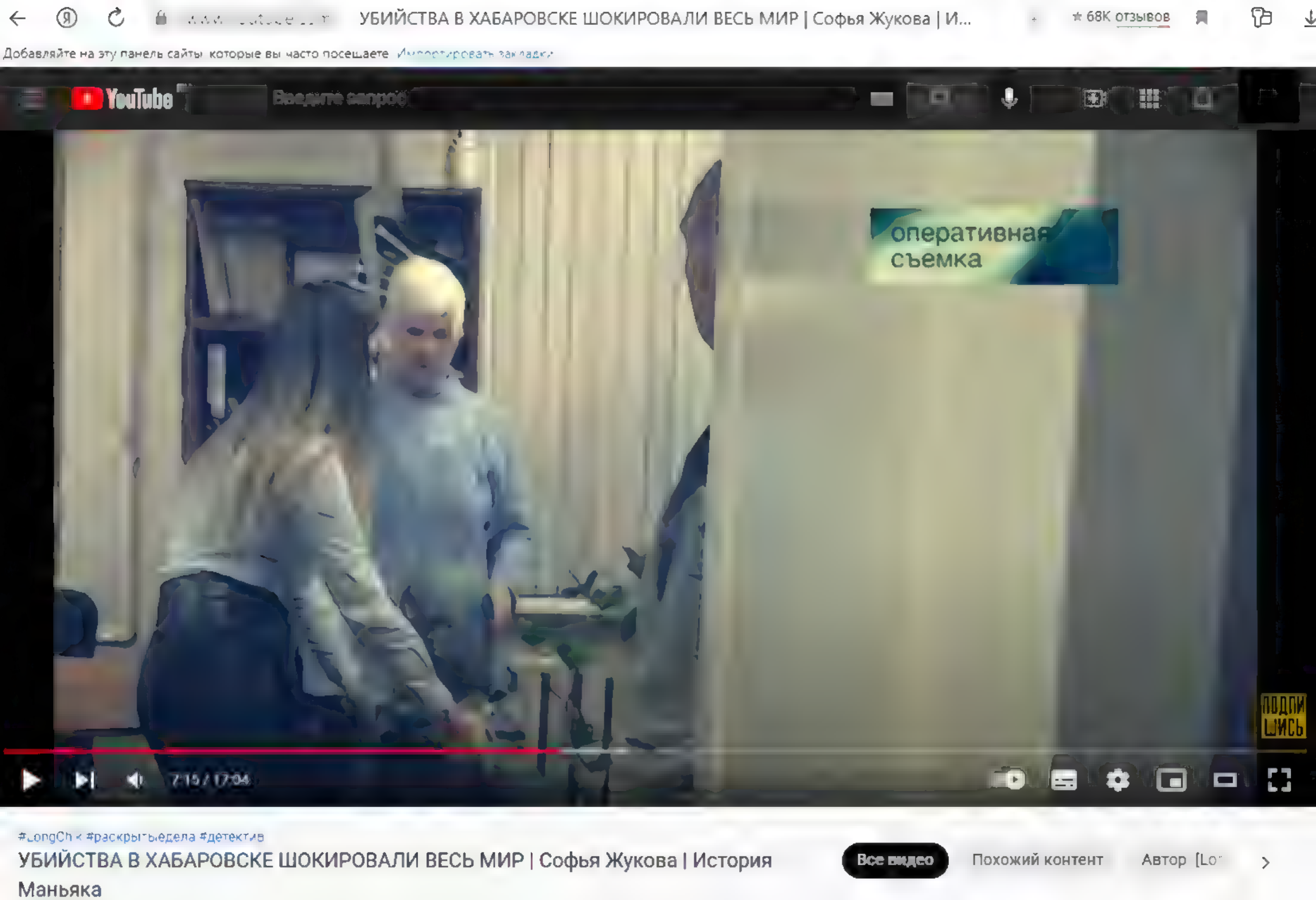
оперативная
съемка

ПОДПИШИСЬ

#LongCh к #раскрытыедела #детектив

УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка

Все видео Похожий контент Автор [Lo



УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | И...
68K отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
оперативная съемка
ПОДПИШИСЬ
7:15 / 17:04
УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка
Все видео
Похожий контент

ПОДПИШИСЬ

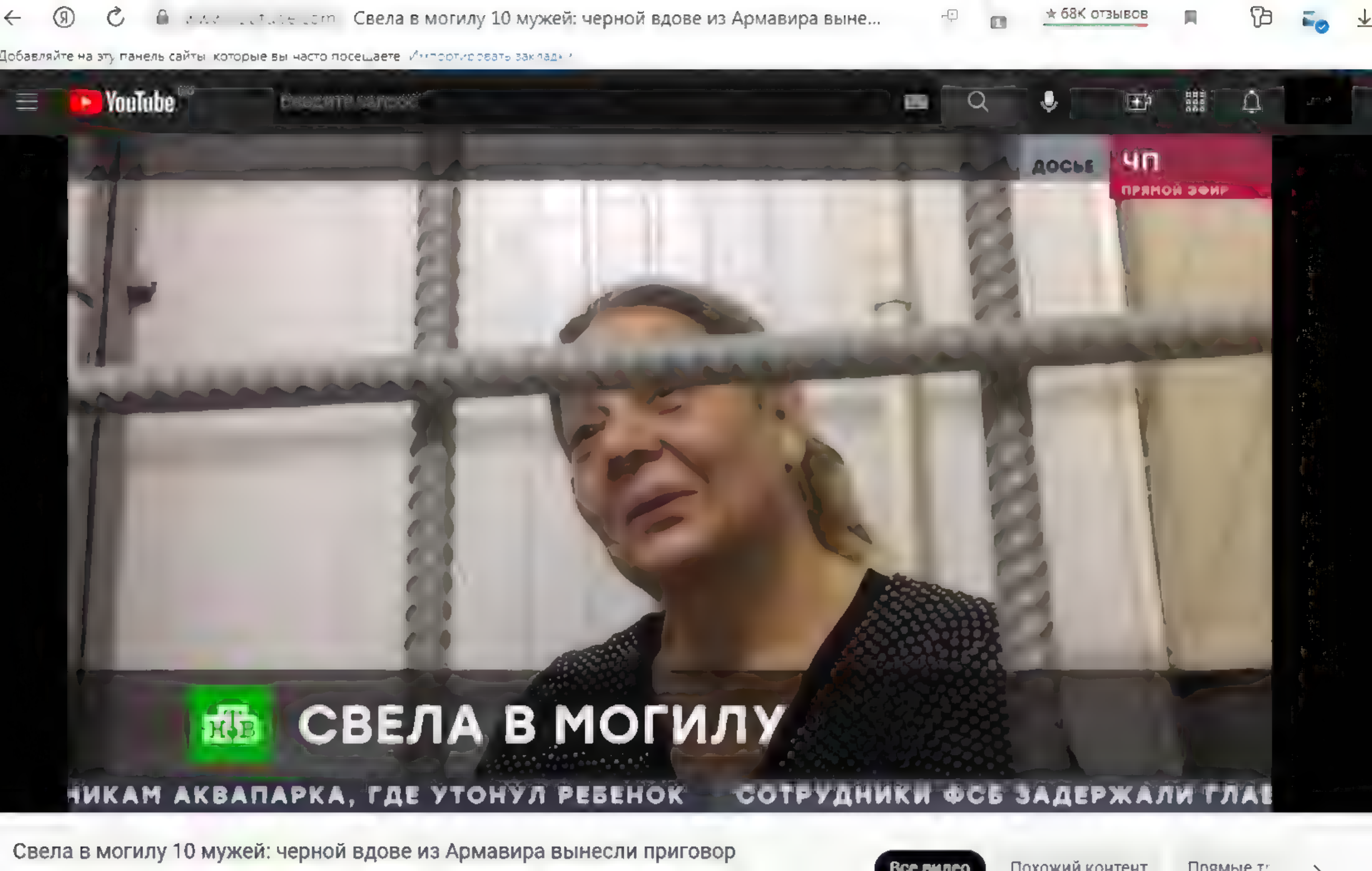
#LongChik #раскрытыедела #детектив

УБИЙСТВА В ХАБАРОВСКЕ ШОКИРОВАЛИ ВЕСЬ МИР | Софья Жукова | История Маньяка





Автор: [Lon


Свела в могилу 10 мужей: черной вдове из Армавира выне...
★ 68K отзывов
Добавляйте на эту панель сайты, которые вы часто посещаете
YouTube
ДОСЬЕ
ЧП
ПРЯМОЙ ЭФИР
НТВ
СВЕЛА В МОГИЛУ
ИКАМ АКВАПАРКА, ГДЕ УТОНУЛ РЕБЕНОК
СОТРУДНИКИ ФСБ ЗАДЕРЖАЛИ
Свела в могилу 10 мужей: черной вдове из Армавира вынесли приговор
Все видео
Похожий контент


5190A Gallery (495) 22
Запишитесь в доноры костного мозга на сайте Кровь5. www.blood5.r
Отправляясь на Марс
или по другим делам, не забудьте спасти
жизнь на Земле
КРОВЬ 5
люди особого назначения
ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИ
ГРАНТОВ

vk.com/evgenyponasenkov?z=photo-65853336_457242975%2Falbum-65853336_00%2Frev



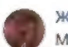
Понасенков Евгений Николаевич
четыре часа назад



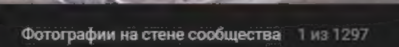


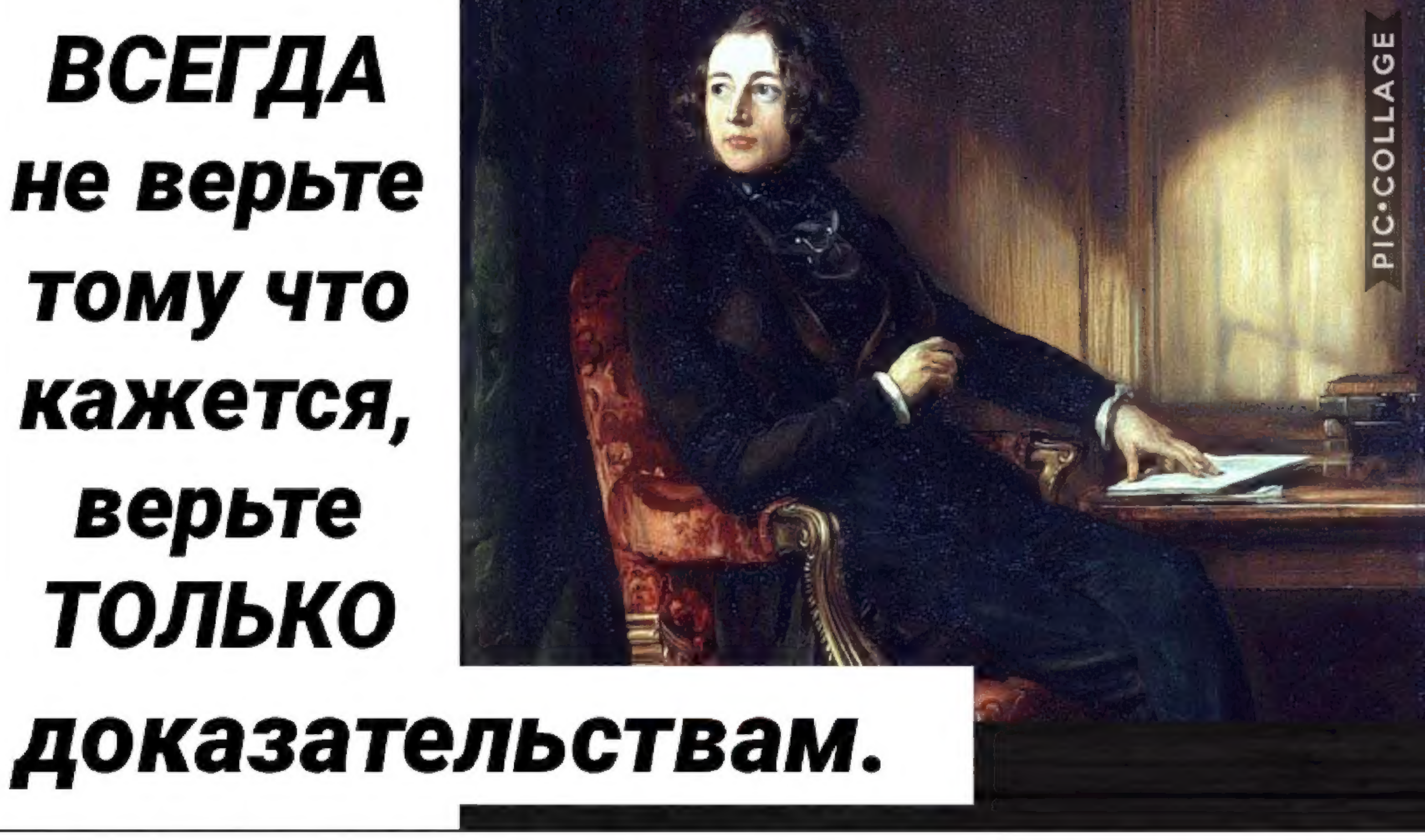
Антропологическое. Обратите внимание: среди так называемых "патриотов" (хотя такие, на самом деле - либо карьеристы-лицемеры, либо шизики) и черносотенцев находится много скотов, которые уже после того, как соколов-помойкин убил и расчленил девушку, продолжают его защищать по всем темам и в пьяном угаре вякать, что "Понасенков еще хуже" (???). Подчеркиваю: по идеологии своей бредовой черносотенности, они ПЕРВЫЕ должны были пинать франкофила, атеиста, ряженого "Наполеона"-соколова, но нет! Причина проста, как биология: эти животные по натуре своей агрессивны, озлоблены, дики. Им физиологически, образно, эмоционально ближе убийца! Тем более, что убийца - плешивый старик с харей спившегося алкаша: это родное, понятное, близкое отражению в зеркале. Эти типы преступны по своей природе и очень опасны. Они биологически неисправимы (как исл. террористы). И если бы законы писались не популистами-леваками, а учеными со здравым смыслом, то я бы сказал, что надо делать с подобным порченым материалом, чтобы обезопасить общество от убийств, насилия, шизофренических бредней и просто антиэстетики.....

Показать предыдущие 8 комментариев



Женя Пономарёв
Маэстро открывает грозную статую в





Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.



